2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 50.

2.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 2 février 1855,

Par JEAN-ERNEST GOUPIL,

né à Paris,

Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris,
ancien Interne de l'hôpital des Enfants Malades,
Médaille de Bronze des Hôpitaux,
Membre titulaire de la Société Anatomique,
Membre titulaire et Secrétaire de la Société médicale d'Observation.



DE

L'ANÉVRYSME ARTÉRIOSO-VEINEUX SPONTANÉ
DE L'AORTE ET DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1855

1855. — *Goupil.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, doyen.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ....
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL, Examinateur.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE, Président.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT (de Lamballe).
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
BECQUEREL.
BOUCHUT.
BROCA.
DELPECH.
DEPAUL.
FOLLIN.
GUBLER, Examinateur.
GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
LASÈGUE.

MM. LECONTE.
ORFILA.
PAJOT.
REGNAULD.
RICHARD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
SEGOND.
VERNEUIL.
VIGLA, Examinateur.

A MON PÈRE,

M. LE D[r] AUGUSTE GOUPIL.

A MA MÈRE.

A MON FRÈRE.

A MES EXCELLENTS MAITRES,

M. LOUIS,

Médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie impériale de Médecine,
Président perpétuel de la Société médicale d'Observation, etc. ;

M. BRIQUET,

Médecin de l'hôpital de la Charité, etc.

Je prie MM. Marjolin, Bernutz, Richet, Bouneau, Hervez de Chégoin, Barthez, Legendre, Gubler, Larrey, Gillette, Bouvier et Lasègue, mes maîtres dans les hôpitaux, de recevoir l'expression de ma vive reconnaissance pour leurs savantes leçons et la bienveillance dont ils m'ont honoré.

DE

L'ANÉVRYSME ARTÉRIOSO-VEINEUX

SPONTANÉ

DE L'AORTE ET DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE.

On entend ordinairement, sous le nom d'*anévrysme artérioso-veineux,* une tumeur anévrysmale à travers laquelle le sang passe pour se porter de l'artère dans la veine et de la veine dans l'artère. Une plaie, une contusion, telles sont les causes généralement reconnues de cette lésion; c'est avec peine, et avec quelque doute, je dirais presque malgré eux, que MM. Marjolin (Dictionnaire en 30 vol., t. 3, p. 87) et Roux (communication à l'Académie de médecine, 26 novembre 1850), connaissant l'observation de varice anévrysmale de l'aorte et de la veine cave inférieure rapportée par Syme, d'Édimbourg (*Trans. med.-chir.*, t. 23; Londres), admettent « qu'une ulcération de tel ou tel caractère, sans lésion traumatique antécédente des parois correspondantes d'une artère et d'une veine contiguë l'une à l'autre, pourrait avoir les mêmes conséquences qu'une plaie. »

Ces faits d'anévrysme variqueux par ulcération, soit du sac anévrysmal, soit de la veine, bien qu'assez rares à la vérité, ne peuvent cependant plus être considérés comme des faits exceptionnels; on les a constamment rencontrés sur des artères assez volumineuses: ainsi nous avons pu recueillir quatre exemples de communica-

tion de l'aorte thoracique et de la veine cave supérieure, trois de l'aorte et de la veine cave inférieure (Mémoire sur les anévrysmes variqueux spontanés de l'aorte, obs. 1, 2, 3; *Trans. med.-chir.*; Londres, t. 23), une de l'artère et de la veine poplitée (*Cyclop. anat. and phys.*, 1835, t. 1, p. 245), une de l'artère et de la veine fémorale (*Med.-chir. trans.*, 1837, t. 22, p. 31). Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre ici l'histoire complète des anévrysmes artérioso-veineux spontanés en général; le hasard m'ayant permis d'observer un anévrysme variqueux spontané de l'aorte et de la veine cave supérieure, j'ai cru devoir tracer l'histoire de cette affection assez remarquable, à peine signalée en France par MM. Cossy (*Archives gén. de méd.*, 4e série. t. 9, p. 33) et Valleix (*Guide du médecin praticien*, 2e édit., t. 2, p. 76), mais parfaitement étudiée en Angleterre par M. Thurnam (*Med.-chir. transact. London*, t. 23; traduit en partie dans les *Archives générales de médecine*, juin 1841).

Pour rendre plus claire la description que je vais en tracer, je la ferai précéder par l'observation qui m'a donné la pensée de cette étude, ainsi que par les trois autres faits que j'ai pu réunir.

OBSERVATION Ire.

Depuis une douzaine d'années, symptômes d'une affection des organes circulatoires; pendant une colère violente, perte incomplète de connaissance; développement rapide d'un œdème considérable, avec cyanose, occupant la moitié supérieure du corps; dyspnée extrême; syncope mortelle, un mois après le début des derniers accidents; anévrysme mixte externe intra-péricardique, situé sur le bord droit de l'aorte et communiquant par une ulcération de 35 millimètres de circonférence avec la veine cave supérieure.

Le 17 mai 1852, entre à l'Hôtel-Dieu, dans la division de M. Louis, salle Sainte-Jeanne, n° 23, N..., âgé de cinquante-huit ans, ancien officier de cavalerie, actuellement employé au chemin de fer de Strasbourg.

Cet homme, d'une taille moyenne, assez fortement musclé, à cheveux blonds et yeux bleus, est d'une obésité assez considérable; c'est vers l'âge de trente-huit à quarante ans, après la campagne de Morée, qu'il a commencé à prendre un notable embonpoint. Il est très-intelligent, mais impatient et irascible. Il n'avait que

neuf ans lorsqu'il perdit son père, et il ne sait pas quel fut son genre de mort sa mère est morte à l'âge de quatre-vingt et un ans en 1832, elle était asthmatique depuis longtemps; il a une sœur qu'il sait exister, mais ne l'ayant pas vue depuis vingt-deux ans, parce qu'il a rompu ses relations avec elle , à la suite de contrariétés, il ne saurait donner de renseignements sur l'état actuel de sa santé. Vacciné, il n'a jamais eu la petite vérole, et ne peut dire s'il a eu quelque fièvre éruptive dans sa jeunesse. Il nous assure avoir habituellement joui d'une assez bonne santé jusqu'au 16 avril dernier. Ainsi, depuis 1811, époque où il s'est engagé à dix-huit ans, il n'a gardé le lit que pour deux blessures dont il porte les cicatrices, l'une à la cuisse gauche, l'autre au genou, et pour des affections vénériennes dont quatre blennorrhagies et un chancre suivi d'un bubon inguinal gauche, qui nécessita un traitement mercuriel de six semaines, depuis lequel il n'a jamais offert aucun signe d'une affection syphilitique constitutionnelle; enfin, en Russie, il a eu les pieds gelés et en a souffert assez longtemps.

Cependant, en l'interrogeant avec soin, on apprend que depuis son enfance, cet homme a toujours eu l'haleine courte, qu'il ne pouvait monter rapidement trois ou quatre étages sans être essoufflé, qu'il ne pouvait faire aucun excès et notamment de boissons alcooliques, parce qu'il éprouvait alors du malaise et une céphalalgie assez intense, aussi sa vie a-t-elle été régulière et sobre. Jamais il n'a eu d'hémoptysie ni d'accès d'asthme.

Cette dyspnée légère s'est beaucoup accrue depuis une douzaine d'années, devenant bien plus marquée après un exercice violent qui augmentait en même temps les palpitations de cœur survenues depuis la même époque à peu près ; toutefois ces palpitations étaient beaucoup plus sous l'influence des passions morales et devenaient beaucoup plus violentes lorsqu'il éprouvait quelque contrariété. Il y a quatre ou cinq ans, les membres inférieurs s'œdématièrent pendant cinq à six jours, et depuis, l'œdème n'a pas reparu ; enfin, il y a trois ou quatre ans , il eut des douleurs derrière les épaules, douleurs du reste assez mal définies et vaguement déterminées, qui ne m'ont pas paru devoir être rapportées à une affection articulaire. Les symptômes que nous avons déjà notés, dyspnée, palpitations, etc., ont pris un nouvel accroissement dans ces dernières années; la dyspnée était devenue telle, qu'il ne pouvait plus dormir paisiblement que lorsque les parties supérieures du tronc étaient élevées ; de plus, sa figure se congestionnait toutes les fois qu'il se baissait ou se livrait à un travail un peu assidu, et en même temps il était devenu très-sujet aux céphalalgies.

Il était dans cet état de santé lorsque, le 16 avril, il croit que l'on veut enfoncer sa porte; naturellement d'un caractère irascible, il entre dans un violent accès

de colère; il se sent suffoqué, le sang lui monte à la tête, sa figure devient violette, et pendant quelques instants, il perd connaissance, ne pouvant ni parler ni retrouver ses idées, sans tomber toutefois. Le lendemain, il est incommodé par des palpitations violentes; yeux injectés, coloration violacée de la figure, plus foncée au niveau des lèvres, augmentant quand le malade veut se baisser. Le 18, augmentation de volume de la figure et du cou, dyspnée considérable, telle que le malade est obligé de rester assis parce qu'il étouffait et croyait perdre connaissance dès qu'il essayait de se mettre dans le décubitus dorsal; on fait au malade deux saignées, qui ni l'une ni l'autre ne parurent apporter de soulagement marqué dans son état. — Le 20, teinte cyanique et augmentation de volume du membre supérieur droit, suivie le lendemain, d'une semblable manifestation dans le membre supérieur gauche.—Le 25, urines rougeâtres et épaisses, tandis que jusque-là elles avaient été parfaitement claires. Pendant tout ce temps, le malade est sans appétit, bien que les digestions se fassent bien, mais tourmenté par une soif vive; il s'abstient de toute nourriture, dans la crainte d'augmenter la suffocation; les selles sont rares, et ne contiennent pas de sang. Les symptômes persistent à peu près aussi marqués, jusqu'au moment où le malade se décida à entrer à l'hôpital; toutefois il se dit mieux qu'au début, tout en gardant le lit depuis dix jours, tandis qu'il se levait les jours précédents; il n'a pu venir à l'hôpital qu'en voiture et a été obligé de se faire porter dans la salle.

Le 7 mai. Le malade est assis dans son lit, le dos voûté, appuyé sur ses mains. On est d'abord frappé de la coloration violette et bleuâtre de la face, du cou, des deux membres supérieurs, et de toute la partie supérieure du tronc jusqu'au creux épigastrique en avant et jusqu'aux sixièmes côtes en arrière, mais la limite n'est pas brusque, et cette coloration va un peu en diminuant. Toutes ces parties sont le siége d'un œdème considérable, et sont énormément tuméfiées, particulièrement le cou et la face.

Celle-ci est gonflée, tendue, violette, bleue en quelques points, ainsi aux pommettes; les veines sous-cutanées sont d'un rouge foncé et très-apparentes sous la peau; les veines du front surtout sont très-distendues. Les lèvres, les muqueuses nasale et buccale sont violacées; la sécrétion du mucus nasal est abondante et très-fluide. Les yeux sont saillants, la conjonctive oculaire et palpébrale est d'un rouge sanguin uniforme dans les angles de l'œil et à la partie inférieure du globe oculaire, et tranche par sa coloration sur la teinte violette des paupières; celles-ci sont un peu œdématiées; la paupière inférieure est souvent mouillée par les larmes qui coulent plus abondamment qu'à l'état normal, la vision n'est cependant ni gênée ni altérée.

Le cou, les mains, les avant-bras, sont violacés, très-enflés et très-œdé-

matiés (le doigt y laissant par la pression une empreinte très-profonde); la mensuration du bras, faite à 3 centimètres au-dessous du pli du coude, a donné 45 centimètres pour le bras droit, 43 pour le gauche; ce dernier, du reste, est un peu moins violet que le droit; les plaies des deux saignées faites à celui-ci n'ont pas pu se cicatriser et sont largement béantes; mais l'ouverture de la veine s'est probablement cicatrisée, car, bien qu'il n'y ait aucun bandage, il ne se fait pas d'hémorrhagie. L'œdème du bras et du cou ne permet pas d'apprécier l'état des veines de ces régions, on ne les aperçoit pas.

La poitrine et le dos présentent les mêmes phénomènes: œdème très-marqué, coloration violacée uniforme et varicosité des veines sous-cutanées avec une couleur rouge violacée. Le dos est un peu voûté, et présente surtout une voussure assez considérable à droite au niveau de l'angle des quatrième, cinquième et sixième côtes; mais le malade assure être un peu voûté depuis l'âge de vingt ou vingt-deux ans, cela est venu insensiblement et est, suivant lui, le résultat de l'équitation et des fatigues de son service dans la cavalerie, à l'âge de dix-huit ans.

L'abdomen et les membres inférieurs au contraire ne présentent ni œdème, ni coloration violacée, ils ont leur volume, leur couleur et leur aspect normal; on ne trouve ni matité ni fluctuation à la partie inférieure de l'abdomen. Le foie n'a pas un volume anormal, il ne dépasse pas les fausses côtes; je n'ai pu déterminer le volume de la rate. Les bourses seules sont un peu œdématiées.

La percussion de la poitrine apprend peu de chose; l'œdème et l'épaisseur des parois thoraciques rendent les différences de son très-peu sensibles; on ne peut apprécier que difficilement, et avec peu d'exactitude, une matité relative peu étendue à la région précordiale; de plus, la percussion en ce point est très-douloureuse pour le malade, et cette seule considération a dû nous empêcher de prolonger cet examen.

La respiration est haute, suspirieuse, costale, et non diaphragmatique, assez fréquente (22 inspirations par minute); bien que le malade respire assez mal, on peut cependant constater que la respiration est vésiculaire dans toute l'étendue de la poitrine, sans aucun râle, très-faible et très-obscure, notamment sous la clavicule droite, dans une hauteur de 10 centimètres, et surtout en arrière, où dans toute la hauteur des deux côtés, elle est plus faible qu'en avant. Le malade est tourmenté par une petite toux continuelle, venant quelquefois par quintes, et accompagnée d'une sensation de déchirement à la gorge. Les crachats sont de deux sortes; un tiers environ est semblable à une solution assez épaisse de gomme, à peine aérée, où nagent quelques crachats opaques très-volumineux, dont quelques-uns occupent le fond du vase. La voix est altérée, faible et voilée, la phonation fatigue le malade.

Le cœur a une impulsion assez forte, les battements sont forts et réguliers, et ce n'est que rarement et ordinairement à la suite de mouvements trop violents que leur régularité vient à être troublée par quelques palpitations. La pointe du cœur bat à 3 centimètres au-dessous et en dehors du mamelon gauche; on ne sent ni frémissement cataire, ni le léger frolement qui existe ordinairement avec le bruit de souffle; on ne voit aucun soulèvement au creux épigastrique indiquant les battements du cœur. Il n'y a pas de douleur spontanée à la région précordiale: nous avons déjà noté que la percussion y était douloureuse. A la base du cœur et surtout à la partie droite du sternum, on entend un bruit de souffle assez doux au premier temps, se prolongeant un peu pendant le petit silence, et un bruit de souffle plus fort et surtout plus sec au second temps; le maximum de ces deux bruits m'a paru devoir être fixé sur le bord droit du sternum, au niveau du troisième espace intercostal. Ces deux bruits se prolongent un peu en haut vers la fourchette du sternum; en bas, ils diminuent et ne s'entendent plus à la pointe du cœur, où les deux bruits du cœur sont parfaitement normaux. En arrière, les battements sont un peu plus clairs, l'impulsion du cœur est plus forte à droite qu'à gauche.

Le pouls est fréquent, assez petit, sans frémissement aux artères radiales, carotides ou fémorales, droites ou gauches (88 pulsations par minute). On n'entend pas de bruit de souffle dans les vaisseaux du cou, ni à droite, ni à gauche: les jugulaires ne présentent pas le soulèvement connu sous le nom de pouls veineux.

La glande thyroïde est très-volumineuse, surtout du côté droit; on sent également quelques ganglions engorgés dans les aisselles et dans les triangles sus-claviculaires.

La peau est assez fraîche; la température à la main n'est pas sensiblement différente aux membres supérieurs de ce qu'elle est aux membres inférieurs.

La langue est un peu blanche à sa face supérieure; à la face inférieure, on voit les veines ranines distendues et violettes; du reste, elle n'est pas sensiblement gonflée et ne porte pas l'empreinte des dents; les amygdales et le voile du palais m'ont semblé plutôt violacés que rouges; leur inspection d'ailleurs est rendue assez difficile par le gonflement du cou qui gêne les mouvements un peu étendus de la mâchoire inférieure. Il y a anorexie complète; cependant la déglutition n'est gênée à aucun de ses temps, et les digestions se font bien; mais le malade n'a pas d'appétit et sent très-peu la saveur des aliments; la soif, au contraire, est continuelle et assez vive.

Le malade a toute son intelligence, il répond facilement, sans hésitation, se plaint seulement d'avoir la mémoire un peu affaiblie; la sensibilité et la motilité ne présentent aucune diminution ni dans les membres supérieurs, ni dans les

membres inférieurs. Les sens, excepté celui du goût qui est affaibl,ne sont pas altérés, lorsque le malade est tranquille ; mais le mouvement nécessaire pour l'apporter lui causait des vertiges et des bourdonnements d'oreille; ces phénomènes passagers ont disparu depuis qu'il est tranquille; il est seulement tourmenté par une céphalalgie continuelle et des étourdissements très-fréquents. L'urine est un peu rougeâtre, d'une odeur animale très-prononcée, et devient, par le repos, un peu plus claire; elle donne un dépôt un peu albumineux; mais la partie claire du liquide, traitée par la chaleur ou l'acide azotique, ne donne point d'albumine; chauffée avec la potasse caustique, elle ne brunit pas.

M. Louis porte le diagnostic suivant : compression de la veine cave supérieure probablement par un anévrysme de l'aorte, et signale l'analogie marquée de ce cas avec celui rapporté par M. Cossy. — Chiendent sucré avec addition de nitrate de potasse, 2 gr., 2 pots ; eau de Sedlitz, 3 verrées à prendre le matin ; diète.

Le 8. Cette nuit, le malade a un peu dormi, il a eu une épistaxis assez abondante (200 grammes environ); mais le sang, reçu dans un vase contenant des crachats, n'a pu être apprécié exactement ni pour sa quantité ni pour ses caractères. Le pouls n'est ni plus large ni plus fréquent que la veille (92 puls. par minute). Le malade, plus familiarisé avec nous, est plus calme et respire mieux ; on peut donc apprécier plus exactement l'état des organes respiratoires. En avant, sous la clavicule droite, dans une hauteur de 10 centimètres, le murmure vésiculaire n'est pas entendu dans les inspirations ordinaires. Quand elles sont plus étendues, la respiration devient douce et vésiculaire; elle s'entend au-dessous du mamelon même dans les inspirations ordinaires; à gauche, dans toute la hauteur, elle est plus forte et un peu moins douce. En arrière, la respiration est faible des deux côtés depuis la base jusqu'au sommet, mais plus particulièrement à la base. Au sommet droit, on trouve un léger retentissement de la voix qui n'existe point dans les autres parties de la poitrine. En aucun point on ne sent de vibrations thoraciques quand le malade parle ; mais, comme nous l'avons déjà signalé, les parois sont très-épaisses et la voix est très-faible. La sécrétion urinaire n'a point augmenté et reste en proportion avec la quantité de tisane bue par le malade; les caractères de l'urine n'ont point varié jusqu'à la fin de la maladie.

Le 9. Point de changement ; seulement le malade, un peu soulagé par le repos qu'il goûte depuis son entrée à l'hôpital, se trouve mieux et croit que le gonflement de la moitié supérieure du corps a diminué; mais la mensuration n'indique ni augmentation ni diminution.

Le 10. Un peu d'augmentation de la dyspnée : le sommeil a été agité pendant toute la nuit, la face semble plus tendue et plus congestionnée ; le pouls est

petit, plus fréquent (104 pulsations par minute), le cœur n'a pas plus d'impulsion. (Même boisson ; saignée de 250 grammes). La saignée est pratiquée au pied ; elle serait impossible au bras, et par suite de l'œdème, et parce que les plaies des saignées faites le 18 et le 19 ne sont pas cicatrisées. Le sang qui coule de la saignée est foncé, presque noir ; il coule en bavant et s'arrête quand on retire le pied de l'eau, ce qui empêche de reconnaître s'il est couenneux.

Le 11. Nuit calme, pouls un peu plus large et moins fréquent (80 pulsations) ; le malade a toujours des étourdissements et croit tomber en syncope dès que l'on veut le coucher sur le dos pour l'examiner.

Le 12. Pouls petit (80 pulsations); le malade, pour la première fois, se plaint d'une sensation de froid aux épaules et aux membres supérieurs. Du reste, la dyspnée et la position assise empêchent que la partie supérieure du corps soit aussi couverte que la moitié inférieure. On y remédie du mieux possible par de la ouate; mais la sensation, bien qu'affaiblie, persiste encore. La dyspnée n'a pas augmenté, et cependant le murmure respiratoire est moins perceptible en arrière, des deux côtés de la base au sommet, mais surtout dans la moitié inférieure ; en avant, il conserve les caractères que nous avons déjà signalés. Je crois trouver un peu de matité des deux côtés, à la base, en arrière, mais la sonorité à la percussion est si faible dans les autres points, que je ne puis être certain de mon appréciation. Toutefois, comme nous l'avons déjà signalé, la voix retentit moins en ce point qu'au sommet, elle n'est pas égophonique.

Le 13. Pouls petit (88 pulsations); la dypsnée n'a point augmenté, mais l'auscultation donne quelques modifications : ainsi, sous la clavicule droite, la respiration est très-faible; à gauche, elle est un peu plus forte et plus rude. La même faiblesse de respiration se retrouve dans la moitié inférieure des deux côtés en arrière, et à droite dans les deux tiers supérieurs, où cependant elle est vésiculaire. En avant, le bruit respiratoire peut être entendu dans le tiers inférieur à droite. Les parties soumises à la pression, telles que les fesses et la partie postérieure des avant-bras, sont le siége d'une rougeur érythémateuse accompagnée d'une sensation de cuisson et de démangeaison très-incommode pour le malade. — 2 pots de chiendent nitré ; émulsion, 150 grammes ; compresses d'eau de guimauve sur les parties douloureuses.

Le soir, le malade a subi un examen assez pénible qui l'a fatigué et surtout vivement agité. Le pouls est accéléré (104 pulsations), la dyspnée est plus forte et très-pénible, la face est plus congestionnée que le matin ; les battements du cœur sont violents, rapides et un peu tumultueux, sans changement dans le caractère indiqué des bruits.

Le 14. Le malade, très-agité toute la nuit, n'a pu dormir ; il est très-oppressé,

(28 inspirations par minute). Le pouls est petit, dur, fréquent, mais régulier (120 pulsations); la teinte violacée des bras et de la figure est plus foncée que d'habitude; les lèvres également sont plus violettes, gonflées et tendues. Le malade craint de perdre connaissance et ne peut être examiné avec soin; on lui fait immédiatement une saignée du pied (300 grammes). Le soir, il se trouve un peu soulagé, moins oppressé, son pouls est moins fréquent (100 pulsations); les battements du cœur sont moins précipités et moins forts; la face et les bras sont moins violacés. Le malade ne veut plus prendre de bouillon; il a vomi son émulsion et en même temps quelques matières jaunes et bilieuses.

Le 15. Le malade est plus calme, mais non moins oppressé. A l'auscultation, en avant et à droite, de la clavicule à la base, on n'entend pas le murmure respiratoire; il est entendu plus sensiblement dans le tiers supérieur à gauche; il est faible en arrière, au sommet droit, et nul dans les deux tiers inférieurs. A gauche, la respiration est un peu soufflante dans les deux tiers supérieurs et n'est pas entendue à la base; la voix, très-faible, n'a pas de retentissement. Le pouls est petit et fréquent (110 pulsations); les bourses sont beaucoup plus infiltrées que les jours précédents.

Le soir, ces symptômes ne sont pas aggravés; mais je remarque une grande diminution des facultés intellectuelles. Le malade, dans un état de coma vigil, ne sait pas ce qu'il veut dire, il oublie ce qui s'est passé autour de lui et même ce qu'on lui a fait; il reconnaît avec peine les personnes qui l'entourent.

Le 16. La dyspnée a beaucoup augmenté; le murmure respiratoire s'entend uniquement à la partie supérieure du poumon gauche. Le malade ne peut plus cracher et reste appuyé sur ses mains. Les bruits du cœur ont les mêmes caractères; ses battements sont forts et rapides. Le pouls est très-petit, il est presque impossible de le compter; la teinte violacée devient plus foncée, et la tension de la face et du cou augmente. A onze heures, le malade se sent suffoqué, cherche à se lever de son lit, tombe, perd connaissance et meurt.

Autopsie faite en présence de MM. Bernutz, Oulmont et Woillez, quarante-quatre heures après la mort, par un temps très-chaud et très-orageux (voir pl. I, II, III).

Le cadavre est dans un état de putréfaction commençante; il n'a pas la rigidité ordinaire, et l'abdomen a déjà pris une coloration verdâtre; la face et le dos ont conservé en partie la teinte bleue violacée qu'ils avaient pendant la vie. Cette coloration n'est pas aussi prononcée au cou ni aux membres supérieurs: on y remarque seulement des vergetures brunâtres, larges, qui suivent le trajet des vaisseaux veineux; elles existent également, mais moins prononcées sur l'ab-

domen et les membres inférieurs. L'œdème a persisté dans toutes ces parties, les bras sont cependant un peu moins tuméfiés.

Crâne. Les sinus sont peu gorgés de sang noir et liquide, une sérosité citrine s'écoule en petite quantité de la cavité arachnoïdienne; la pie-mère est peu injectée; les membranes ne sont adhérentes en aucun point à la substance cérébrale. Le cerveau est peu piqueté, sa consistance est normale; les ventricules latéraux contiennent une médiocre quantité de sérosité (une cuillerée à peu près); le cerveau, le cervelet et la moelle, n'ont présenté aucune altération notable. Les sinus veineux rachidiens étaient médiocrement pleins de sang noir et fluide. Toutes les veines du cou sont volumineuses, gorgées de sang; les deux jugulaires internes sont du volume du doigt auriculaire (3 centimètres et demi de circonférence à leur partie moyenne); elles contiennent toutes deux des caillots rouges, bruns, adhérents, de 2 centimètres de longueur, qui semblent obstruer la lumière du vaisseau, et ne contiennent pas de pus. La glande thyroïde est gorgée de sang, le lobe droit est très-volumineux, triple à peu près de celui du côté gauche, qui n'a qu'un volume normal. Après la macération, ce lobe droit est devenu blanc, plus mou; mais son volume, comparé à celui du lobe gauche, a conservé les mêmes proportions; sa structure ne semble pas altérée.

Thorax. En relevant la paroi intérieure du thorax, on voit les deux veines mammaires internes des deux côtés volumineuses, et distendues par un sang noir et fluide. La cavité thoracique contient une assez notable quantité de sérosité rougeâtre (300 grammes à peu près) répartie également dans les deux cavités pleurales. Les poumons, un peu comprimés, ont une teinte normale gris bleuâtre; le droit adhère en plusieurs points à la plèvre pariétale par des adhérences anciennes; il n'en existe pas à gauche. Les bords antérieurs des deux poumons s'avancent également sur la ligne médiane, et sont séparés l'un de l'autre par un espace longitudinal presque régulier, présentant 6 centimètres à la partie supérieure, 5 à la partie médiane, et 5 à la partie inférieure. Les deux poumons sont crépitants à la coupe; ils laissent s'écouler très-peu de sérosité spumeuse non colorée. Les veines pulmonaires sont affaissées, et contiennent une petite quantité de sang noir et liquide, et sans aucun caillot. Je n'ai trouvé dans les deux poumons aucun tubercule, ni aucune trace d'inflammation, ou simplement de congestion. Les bronches, ouvertes par leur partie postérieure, sont violacées, et contiennent un peu de mucus médiocrement épais.

Le larynx n'a présenté d'anormal que la coloration un peu violacée de la muqueuse, qui n'est nullement épaissie ni friable.

Le médiastin antérieur est rempli de tissu cellulaire très-œdématié; les nerfs

phréniques et pneumogastriques ne sont comprimés en aucun point de leur étendue, ni altérés dans leur structure; le péricarde est lisse, blanc, poli, sans taches laiteuses, et contient à peu près 60 grammes d'une sérosité rougeâtre, comme sanguinolente; examinée au microscope, elle présentait de la graisse, quelques corpuscules albumineux, et des corpuscules un peu altérés dans leur structure, mais colorés par de l'hématine, qui ont semblé devoir être des globules sanguins altérés; les veines coronaires ne sont pas plus congestionnées qu'à l'état normal; le cœur est hypertrophié, il a une apparence sacciforme, et sa pointe est effacée; le ventricule droit occupe le bord droit et surtout la face antérieure, mais ne s'étend pas jusqu'à la pointe du cœur; il est remarquablement petit et pourrait contenir à peu près un œuf de pigeon; l'orifice auriculo-ventriculaire droit et l'orifice ventriculo-pulmonaire ne présentent ni insuffisance, ni rétrécissement; les valvules sont parfaitement saines: l'oreillette droite est normale, peu spacieuse; l'endocarde est violacé, le trou de Botal est complétement fermé; les orifices des veines cave inférieuré et coronaire n'ont aucune altération; à celui de la veine cave supérieure, la membrane interne est violette et présente trois ulcérations peu profondes, larges de moins de 1 centimètre, d'une coloration presque noire, intéressant seulement la membrane interne; l'une de ces ulcérations, située sur la face postérieure, semble plus récente, ses bords sont un peu inégaux, tandis que ceux des deux autres ulcérations sont lisses; l'artère pulmonaire est parfaitement saine, d'un volume normal; sa circonférence est de 8 centimètres, 5; ses parois ont une épaisseur de 2 à 3 millimètres et ne présentent aucune ulcération; le canal artériel est oblitéré et remplacé par un cordon fibreux assez épais; le ventricule gauche est plus spacieux qu'à l'état normal, sans cependant présenter une dilatation remarquable; sa membrane interne est violacée, et il contient des caillots de sang noir en assez grande quantité; l'orifice auriculo-ventriculaire ne présente ni insuffisance, ni rétrécissement, et est parfaitement normal, ainsi que l'oreillette gauche qui est seulement un peu plus grande que l'oreillette droite; l'orifice aortique a sa grandeur ordinaire, il est sans rétrécissement ni insuffisance, et les valvules sigmoïdes n'offrent aucune altération.

Immédiatement au-dessus de son origine, l'aorte présente de nombreuses altérations; sa face interne est couverte de plaques athéromateuses, jaunâtres, autour desquelles est un cercle rouge et saillant; ces altérations se continuent sur l'aorte jusque dans sa portion abdominale, où elles cessent peu à peu. Immédiatement après son origine, l'aorte se dilate considérablement, et présente sur la partie interne et latérale droite, à 5 centimètres au-dessus du bord libre des valvules, une vaste poche présentant une ouverture de 12 centimètres

de circonférence; cette ouverture se trouve placée exactement sur l'axe fictif qui représenterait la direction du ventricule gauche. Cette poche contenue dans le péricarde présente un volume à peu près égal à celui d'un œuf de poule; elle est oblongue de haut en bas et de dedans en dehors, et s'appuie, en dehors et en bas, sur l'oreillette droite, qu'elle comprime, et dans l'intérieur de laquelle elle fait une légère saillie; en dehors contre la veine cave supérieure, qu'elle comprime contre la bouche droite au point de la rendre presque plate à ce niveau, en haut sur le péricarde, et en arrière sur la bronche droite et l'artère pulmonaire, qu'elle ne semble pas comprimer. Cette poche contient des caillots de sang noir que l'on enlève par un filet d'eau; on voit alors distinctement sa membrane interne, qui se distingue nettement de la membrane interne de l'aorte par un bord un peu enfoncé au niveau de l'ouverture et par une coloration plus foncée. Au fond de ce sac anévrysmal est un caillot fibrineux assez adhérent, mais qui s'est détaché par la macération; il est épais, dense, oblong, présentant 7 centimètres dans son grand diamètre, et 4 centimètres transversalement, plus épais au centre qu'à sa circonférence, qui est comme déchiquetée. Par sa partie interne, ce caillot cache, en partie seulement, une ouverture ovale de 35 millimètres de circonférence, à bords inégaux, rouges, érodés, formant de petits lambeaux membraneux, et qui communique avec la veine cave supérieure immédiatement au-dessous du point où se jette la veine azygos.

Au-dessus de cette poche, l'aorte, extrêmement dilatée à ce niveau, se rétrécit peu à peu, pour reprendre son diamètre normal au niveau des vaisseaux du cou.

A sa face antérieure, à 1 centimètre seulement au-dessus des valvules sigmoïdes, est une petite poche anévrysmale qui logerait à peine la moitié d'une aveline, et dans laquelle on retrouve les trois membranes de l'aorte un peu amincies.

Les veines innominées sont distendues, gorgées de sang liquide, ainsi que la partie supérieure de la veine azygos, qui est aussi volumineuse que les jugulaires internes; au-dessous de l'embouchure de cette veine, la veine cave supérieure ne contient que très-peu de sang liquide, elle est aplatie et semble beaucoup moins volumineuse qu'à sa partie supérieure; mais, après la macération dans l'alcool, cette différence est devenue beaucoup moins sensible. En aucun point, je n'ai trouvé de caillots ni d'adhérence des deux parois opposées.

J'ai déjà noté la distension des mammaires internes, je dois également noter celles des veines épigastriques, qui étaient également plus volumineuses que dans l'état normal, et semblaient s'anastomoser par inausculation des petites ramifications veineuses.

Abdomen. L'abdomen contenait une petite quantité de sérosité citrine. Le foie est d'un volume moyen, il présente 33 centimètres de largeur sur 26 de hauteur

et 5 de profondeur; à la coupe, son tissu laisse écouler peu de sang, et son tissu, mollasse et violacé, se réduit, par une exposition à l'air de quelques minutes, en une pulpe diffluente rappelant, par sa mollesse et sa coloration, la boue splénique. La vésicule biliaire n'est pas distendue; elle contient une bile de couleur un peu plus foncée, très-épaisse.

La rate est assez volumineuse; elle a 13 centimètres de hauteur sur 6 de largeur et 4 d'épaisseur à la partie moyenne; elle présente encore plus manifestement que le foie cette altération de tissu caractérisée par une coloration violette, une mollesse et une diffluence remarquables.

Les reins sont volumineux, d'un volume presque égal, 13 centimètres de longueur sur 6 de largeur et 3 de hauteur pour le droit, un peu moins pour le gauche (12 centimètres sur 5 et 3); ils sont mamelonnés à leur surface; à la coupe, leur tissu, et surtout celui du rein droit, est très-congestionné; cette congestion est même portée à un si haut point dans la substance corticale, que l'on croirait presque qu'elle est le siége de petites hémorrhagies interstitielles; mais le sang est encore contenu dans les vaisseaux, car il n'est point entraîné par le lavage.

La vessie est parfaitement unie et d'un blanc grisâtre; elle contient une petite quantité d'urine rougeâtre.

L'estomac contient un peu de liquide jaunâtre; les veines qui parcourent sa surface forment de grandes vergetures brunâtres visibles à la face interne comme à la face externe; néanmoins la muqueuse présente une consistance ordinaire soit au grand cul-de-sac, soit auprès du pylore.

Les intestins présentent ces mêmes vergetures, mais on n'y trouve aucune altération soit de la muqueuse, soit des glandes de Peyer ou des follicules isolés.

Le pancréas, la prostate et les vésicules séminales, ne présentaient aucune altération.

Pour ne pas embarrasser la description de cette pièce pathologique de chiffres, j'ai réuni dans ce tableau la mesure du cœur et de ses orifices.

Hauteur des ventricules prise en avant de l'origine de l'aorte à la pointe du cœur		0,14
Hauteur des ventricules prise en arrière du sillon à la pointe du cœur		0,10
Du sillon à la réunion des deux ventricules	bord gauche	0,22
	bord droit	0,09
Circonférence totale des deux ventricules à la base		0,32
D'un sillon à l'autre	demi-circonférence gauche	0,21
	demi-circonférence droite	0,11

Oreillette gauche.

Diamètre transversal de la cavité auriculaire	0,75
Circonférence de chaque veine pulmonaire	0,04
Épaisseur des parois à la partie moyenne	0,003

Oreillette droite.

Diamètre transversal de la cavité auriculaire	0,06
Épaisseur des parois à la partie moyenne	0,003
Circonférence de la veine cave supérieure	0,05
Circonférence de la veine cave inférieure	0,08
Circonférence de la veine coronaire	0,03

Ventricule gauche.

Épaisseur des parois prise à la partie moyenne	0,016
Épaisseur des parois prise à la base	0,012
Épaisseur des parois prise à la pointe	0,010
Hauteur de la cavité	0,125
Circonférence de l'orifice auriculo-ventriculaire	0,10
Valvule mitrale { hauteur de la lamelle interne	0,03
Valvule mitrale { hauteur de la lamelle externe	0,02
Circonférence de l'orifice ventriculo-aortique	0,09
Hauteur des valvules aortiques	0,018
Longueur de leur circonférence libre	0,037

Ventricule droit.

Épaisseur des parois prise à la partie moyenne	0,009
Épaisseur des parois prise à la base	0,007
Épaisseur des parois prise à la pointe	0,005
Épaisseur de la cloison ventriculaire à sa partie moyenne	0,018
Hauteur de la cavité { de l'orifice auriculo-ventriculaire à la pointe	0,065
Hauteur de la cavité { de l'orifice de l'artère pulmonaire à la pointe	0,085
Circonférence de l'orifice auriculo-ventriculaire	0,09
Circonférence de l'orifice ventriculo-pulmonaire	0,08
Hauteur des valvules pulmonaires	0,018
Valvule tricuspide { hauteur de la lame interne	0,025
Valvule tricuspide { hauteur de la lame postérieure	0,012
Valvule tricuspide { hauteur de la lame externe	0,012

Aorte.

Circonférence de l'aorte	au-dessus des valvules sigmoïdes.....	0,095
—	au-dessus de la poche anévrysmale...	0,10
—	au niveau de la sous-clavière gauche..	0,08
—	après la bronche gauche............	0,07
Épaisseur de ses parois à son origine........................		0,004
Épaisseur de ses parois à son passage par l'ouverture diaphragmatique.....................................		0,0025

OBSERVATION II.

Anévrysme spontané de l'aorte ascendante ouvert dans la veine cave supérieure, publiée par M. Cossy (*Arch. gén. de méd.*, 4[e] série, t. 9, p. 34; 1845).

La femme M..., âgée de quarante-cinq ans, d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte, ayant les cheveux châtain foncé, les yeux bruns, les membres assez forts et l'embonpoint habituel prononcé, entra à l'hôpital Beaujon, dans la salle de M. Louis, le 27 janvier 1854.

La malade, née à Paris, l'a toujours habité, et y exerce depuis plusieurs années l'état de marchande des quatre saisons; elle n'a pas eu d'enfants, a joui autrefois, jusqu'à l'âge de trente ans environ, d'une santé robuste: elle affirme positivement n'avoir jamais eu de douleurs articulaires à aucune époque de sa vie. Depuis quatorze ans, elle éprouve des battements de cœur et un peu d'oppression. Ces accidents ne débutèrent pas tout à coup: d'abord légers, ils prirent peu à peu une intensité plus grande, et s'accompagnèrent plus tard, à une époque qui n'a pu être fixée, de battements quelquefois douloureux et siégeant vers le haut du sternum. Ces divers symptômes ont dès lors toujours persisté, mais sans nécessiter une suspension notable du travail et sans jamais s'accompagner d'œdème ni aux bras, ni aux jambes, ni à la face; l'appétit était bon habituellement, et l'embonpoint tendait à s'accroître plutôt qu'à diminuer. Les choses étaient dans cet état le 18 janvier dernier : la malade travailla, comme à l'ordinaire, dans la journée, mangea avec appétit et se coucha à son heure habituelle. Le 19 au matin, en se réveillant, elle avait des étourdissements, la figure un peu gonflée et violette, ainsi que le bras droit. Elle se rendit aussitôt seule et à pied chez une voisine, et là, deux heures environ après son réveil, elle éprouva un étourdissement violent, tomba par terre et perdit connaissance pendant quelques minutes. Quelques heures après, on pratiqua une saignée au bras qui ne fut

suivie d'aucun soulagement. Dans la soirée, la face était énorme, les membres supérieurs gonflés, le droit plus que le gauche; il y avait de plus, dans toute la tête et surtout dans la tempe droite, un bruissement incommode. Les jours suivants, la tuméfaction des parties indiquées s'accroît toujours, et le 27 janvier, neuvième jour à dater de l'apparition de ces nouveaux accidents, la malade est amenée à l'hôpital en voiture, et se rend à pied dans les salles. La veille de l'entrée, une seconde saignée du bras avait été pratiquée, mais sans plus d'avantage que la première fois; quelques instants après l'entrée, il survient une épistaxis médiocrement abondante, qui s'arrête spontanément et qui ne s'est pas reproduite depuis.

Le 28 janvier, au matin, le décubitus est très-élevé, l'intelligence intacte, la mémoire assez bonne, mais vite fatiguée; les forces peu déprimées. La tuméfaction considérable de la face, du cou et des membres supérieurs, contraste avec l'état des parties inférieures, qui sont parfaitement à l'état normal; la face est énorme, tendue, d'une couleur violacée intense; la peau en est fraîche, et la pression, qui est indolente, n'y laisse qu'assez difficilement l'impression du doigt; lèvres et oreilles bleues et épaisses, paupières peu gonflées; sur le front, d'assez nombreuses veines se dessinent; fréquents étourdissements, revenant surtout lorsque la malade change de position; en outre, dans toute la tête, sentiment de tension douloureuse et pénible, qui s'accompagne d'un bruissement continuel et incommode, surtout marqué dans la tempe et l'oreille droites, sans surdité aucune. Le cou offre aussi une coloration violacée intense, et un gonflement considérable et uniforme, lequel s'étend jusque sur le haut de la poitrine, en sorte que les creux sous et post-claviculaires sont comblés et les clavicules complétement effacées. Les veines jugulaires externes, seules veines apparentes au cou, ne sont que peu saillantes et sans reflux; enfin les membres supérieurs, dans toute leur étendue, sont aussi le siége d'un œdème ferme, plus considérable, plus prononcé au membre droit qu'au membre gauche. Ces membres, à la surface desquels on ne voit aucune veine, sont violacés, engourdis, lourds et froids; aux mains, il existe en outre des picotements incommodes. La poitrine, large et bien conformée en avant, n'offrant ni tumeur ni voussure appréciables, présente à chaque contraction du cœur un ébranlement manifeste, sans soulèvement notable, sans frémissement vibratoire en aucun point. A la région précordiale, son mat dans une étendue assez considérable, mais qui n'a pas été rigoureusement déterminée; la pointe du cœur bat au niveau de la septième côte; le rhythme des battements est parfaitement régulier, l'impulsion médiocre. Le premier bruit est remplacé ou plutôt masqué par un bruit de souffle râpeux, fort et assez prolongé pour occuper presque tout le petit silence; le second bruit est normal, mais

ne s'aperçoit nettement qu'à la base du cœur, au voisinage de la troisième côte gauche, car à 2 ou 3 centimètres plus bas il est couvert par le bruit de râpe, et ne se perçoit plus qu'avec une difficulté extrême.

En dehors de la pointe du cœur, au voisinage d'une ligne verticale abaissée de l'aisselle gauche, on entend non-seulement le second bruit, mais encore le premier, que l'on distingue du bruit de râpe, lequel est lointain et ne semble évidemment que coïncider avec lui sans le remplacer.

Sous la clavicule gauche, le bruit anormal est faible et lointain; il est intense, au contraire, sur toute la hauteur du sternum, devient graduellement plus fort à mesure qu'on remonte, et est à son maximum immédiatement sous l'extrémité interne de la clavicule droite. Ce point, siége de battements incommodes et qui n'offre cependant ni saillie ni frémissement vibratoire même léger, est complétement mat dans l'étendue de 5 centimètres en hauteur et autant en largeur; le bruit anormal y est superficiel, non continu, médiocrement rude, plus intense et plus prolongé que partout ailleurs : comme dans les autres points, il coïncide avec la systole ventriculaire.

Le bruit de râpe s'entend distinctement dans toute la hauteur de la poitrine, en arrière, des deux côtés; il est au maximum d'intensité dans la fosse sous-épineuse droite, contre le rachis; enfin, derrière la clavicule droite, dans sa moitié interne, il y a un frémissement bien prononcé, que l'on retrouve encore sur le trajet des gros vaisseaux du cou du même côté, jusqu'à l'angle de la mâchoire. Au-dessus de ce point, il cesse complétement; il n'existe pas non plus sur la jugulaire externe. Ce frémissement est très-prolongé, mais non continu; il se propage de bas en haut, coïncide avec la diastole artérielle, et au moment où il se produit, on sent très-distinctement derrière la clavicule un vaisseau qui grossit, mais qui, tout en se distendant considérablement, conserve une souplesse remarquable. Au niveau du frémissement et pendant sa durée, on entend un bruit de souffle non râpeux, éclatant, très-prolongé, mais pas continu, et sans caractère musical. Sur le côté gauche du cou, nulle trace de frémissement; on n'y aperçoit qu'un bruit de souffle très-éloigné et très-faible.

Le pouls est régulier, à 96; aux radiales, il est faible, étroit, et bat en même temps et avec une égale force des deux côtés; mêmes particularités pour le pouls des fémorales.

La voix est naturelle, la toux sèche et rare, la respiration légèrement accélérée; la dyspnée, qui n'offre pas de paroxysmes, est médiocre et augmente seulement un peu par les mouvements et par la parole, qui est un peu entrecoupée. Respiration fine, vésiculaire, sans râle; sous les clavicules, en arrière à droite, inférieurement, dans la hauteur de quatre à cinq travers de doigt, son

mat; respiration très-faible ou nulle, avec chevrotement manifeste de la voix, dans le reste du dos et des deux côtés; percussion bien sonore, respiration vésiculaire un peu faible partout, sans râle ni bronchophonie. Au niveau de la fosse épineuse droite, le murmure respiratoire est presque dominé par le bruit de râpe, qui est là plus fort que dans le reste du dos.

Langue nette, humide, un peu violacée; très-léger appétit, soif médiocre, déglutition facile, ventre bien conformé et indolent; constipation; l'urine, médiocrement abondante, est orangée, limpide, et ne précipite pas par la chaleur et l'acide nitrique. — Chiendent avec 2 gr. 00 c. de nitrate de potasse, 1 pot; lavements purgatifs; diète.

A dater de ce premier examen jusqu'à la mort, la malade a été examinée avec soin au moins deux fois par jour, et dans ces diverses explorations, les signes fournis par l'auscultation, la percussion et la palpation n'ont pas offert la plus légère variation : il est donc inutile d'y revenir. Quant aux autres symptômes, voici, jour par jour, les variations, d'ailleurs légères, qu'ils ont présentées.

Le soir du 28, anxiété et malaise prononcés et s'opposant à tout effort de mémoire; la face et le cou comme le matin; les membres supérieurs un peu plus gros, le droit toujours plus que le gauche; le pouls étroit, régulier, 104 à 112.

Le 29. Sommeil entrecoupé, moins de malaise que la veille; la tension éprouvée dans toute la tête, et le bruissement qui l'accompagne et dont le maximum est toujours à droite, sont les symptômes les plus pénibles. L'œdème des parties supérieures comme hier; les veines du front et les jugulaires externes un peu plus apparentes, et sans pulsations appréciables. — Même prescription; de plus, saignée du bras, 300 grammes.

La saignée, pratiquée au bras droit, coule en un jet très-grêle et non saccadé de sang noir; elle n'est arrêtée qu'avec quelque difficulté. Le sang présente, après repos, un caillot médiocrement consistant, sans couenne, et dont la volume est exactement double de celui de la sérosité.

Aucune amélioration, même momentanée, à la suite de la saignée. Le soir, pour la première fois, gémissements; pouls presque imperceptible aux radiales; respiration à 28, pas très-haute; extrémités inférieures toujours naturelles.

Le 30, à la visite du matin. État comateux depuis quelques heures, sans râle trachéal; résolution incomplète des membres, les supérieurs toujours volumineux, froids et violacés, ainsi que le cou et la face; les veines du front plus apparentes que la veille; selles et urines involontaires; pouls radial imperceptible. On prescrit une saignée qui est pratiquée sur-le-champ; la ligature du bras rouvre la saignée de la veille, mais le sang n'en sortant que goutte à goutte, on ouvre sans ligature préalable l'une des veines du front, au niveau de la bosse fron-

tale gauche; le sang jaillit et coule abondamment, en formant un jet incomplet, offrant des saccades bien marquées, isochrones au pouls. Dès le premier jet, le sang est d'un rouge clair et contraste avec la couleur noire de celui qui suinte en même temps du bras. On retire en tout 75 grammes de sang, qui, après repos, offre en tous points les mêmes caractères que celui de la veille. Immédiatement après la saignée (dix heures du matin), la face est moins tendue, moins volumineuse, et la coloration violacée est remplacée aux joues par une teinte rosée ; le coma est moins profond ; l'aspersion d'eau fraîche à la figure fait ouvrir momentanément les yeux et provoque quelques mouvements, mais pas de paroles. Cependant la malade succombe deux heures après, sans avoir recouvré sa connaissance, et n'ayant eu un peu de râle trachéal que dans les derniers moments.

Ouverture du cadavre quarante-trois heures après la mort, par un temps neigeux.

État extérieur. Roideur universelle et médiocre; pas de traces de putréfaction; les membres supérieurs comme pendant la vie, la face notablement détuméfiée et conservant aux joues la coloration rosée des derniers moments; les veines du front affaissées, les membres inférieurs sans traces d'infiltration.

Tête. Le cuir chevelu, pas évidemment épaissi, contenant peu de sang; une médiocre quantité de sang noir et liquide dans les sinus de la dure-mère, laquelle est saine, ainsi que l'arachnoïde et la pie-mère; celle-ci est mince et pâle, ses vaisseaux peu injectés. Circonvolutions fermes, un peu grêles, d'un gris pâle; à l'intérieur, les deux substances du cerveau partout bien consistantes, très-pâles, sans pointillé rouge; la substance blanche présente partout et d'une manière uniforme un léger reflet jaunâtre. A peine une cuillerée de sérosité limpide et incolore dans chacun des ventricules latéraux; cloison intacte, toile et plexus choroïdes pâles. Le cervelet, la protubérance, sains et sans congestion sanguine. Dans l'épaisseur de l'un des troncs de l'arbre de vie du lobe cérébelleux droit, la substance médullaire est d'un jaune foncé et molle, dans l'étendue de 5 millimètres; le rachis non ouvert.

Poitrine. 60 grammes environ de sérosité limpide et citrine dans le péricarde; le cœur, bien que gros, a conservé sa forme naturelle, ce qui tient à ce que l'augmentation de volume a porté également sur toutes ses parties; son tissu est rouge et ferme, et sa surface n'est recouverte que d'une mince couche de graisse sur le ventricule droit seulement; la mensuration du cœur démontre (2) que, outre une augmentation notable de la capacité de ses quatre cavités, les parois de ces dernières sont en même temps hypertrophiées ; l'hypertrophie est médiocre aux oreillettes, plus marquée aux ventricules; au ventricule droit, elle porte spé-

cialement sur les colonnes charnues, au gauche, sur les parois proprement dites; les deux orifices auriculo-ventriculaires, ceux de l'aorte et de l'artère pulmonaire un peu grands, mais d'ailleurs parfaitement sains; les valvules sont toutes, sans exception, minces, transparentes, souples et suffisantes; le trou de Botal et le canal artériel fermés; orifices des veines cave et pulmonaire parfaitement libres.

L'endocarde, mince, libre, transparent dans les ventricules, et un peu plus épais, blanchâtre et opaque dans les oreillettes; dans celles-ci, ainsi que dans le ventricule droit, quantité notable de sang noir, liquide ou en caillots, peu consistants et non adhérents; le ventricule gauche complétement vide.

Artères et veines coronaires saines et peu distendues; un caillot noir et grêle dans l'artère pulmonaire, laquelle ne s'éloigne de l'état normal que par une très-légère augmentation de calibre (0^m,072 de circonférence).

La crosse de l'aorte, qui est considérablement dilatée à partir de son origine jusqu'à la naissance de la sous-clavière gauche, est un peu affaissée et comme bosselée sur son bord convexe, où se voit aussi une tumeur anévrysmale, qui sera décrite tout à l'heure; à l'intérieur, la crosse aortique, à peu près vide et d'une couleur jaunâtre, est remarquable par son aspect inégal dû à de nombreuses dépressions superficielles, séparées entre elles par des espèces de crêtes ou par des îlots jaunâtres peu proéminents; on remarque encore sur cette face interne cinq ou six enfoncements larges et peu profonds, correspondant aux bosselures de la face externe, et au centre desquels les parois artérielles, amincies au point d'être demi-transparentes, n'ont que deux tiers de millimètre d'épaisseur. A ce niveau, la membrane moyenne est réduite à une lame excessivement mince; elle est également très-mince et réduite à ses couches les plus externes, dans le reste de la crosse, où l'épaisseur, d'ailleurs très-variable, des parois (1 à 2 millim. $1/2$) est due, en très-grande partie, au dépôt d'une matière jaune et friable entre les deux membranes les plus internes. Deux petites plaques osseuses se voient à la partie interne de la crosse de l'aorte où elles sont à nu par une de leurs faces au-dessous de la sous clavière: l'aorte, lisse à l'intérieur, ne présente de remarquable que des points et des plaques jaunes, ces dernières légèrement saillantes, mais d'autant moins nombreuses qu'on s'approche davantage de sa bifurcation.

L'artère innominée, les sous-clavières et carotides primitives des deux côtés, ont un calibre régulier, des parois saines, non-amincies, et une surface interne lisse avec quelques points jaunes non saillants.

La tumeur anévrysmale, située sur le bord convexe de la portion ascendante de la crosse aortique, au-dessous de l'artère innominée, par conséquent avant l'origine de cette artère, a la forme et le volume d'un œuf de poule, et tient à

l'aorte par une espèce de collet à peine un peu rétréci, situé sur l'un des côtés de l'ovoïde qu'elle représente; elle a 55 millimètres dans son plus grand diamètre, qui est vertical, et 40 millimètres seulement dans les autres sens. Coiffée en quelque sorte par le feuillet droit du médiastin, cette tumeur fait saillie dans la plèvre droite, et déprime, sans adhérer, la face interne du lobe supérieur du poumon. En avant, une couche mince de tissu adipeux jaunâtre la sépare de la partie supérieure du bord droit du sternum et des cartilages des deuxième et troisième côtes droites, tandis qu'en arrière elle adhère, sans intermédiaire, à la partie supérieure de la veine cave descendante Enfin le tronc veineux brachio-céphalique gauche passe sur son extrémité supérieure, la sépare ainsi de l'artère innominée, et vient, en arrière de cette extrémité supérieure, se réunir à celui du côté opposé. La trachée, la bronche droite, le pneumogastrique, sont à distance de la tumeur; le nerf phrénique droit, accolé à sa face externe, en suit le contour, mais n'est pas altéré. L'intérieur du sac anévrysmal est lisse, un peu ridé, d'une couleur rosée en haut, en bas d'un rouge foncé, qui semble un résultat d'imbibition; on n'y trouve qu'une médiocre quantité de sang noir, liquide ou en caillots peu consistants, gelée de groseille, non fibrineux. Ce sac a deux ouvertures: l'une, très-large, à peine un peu moins grande que la circonférence maxima du sac lui-même, communique avec l'aorte à 2 centimètres de l'origine de l'artère innominée; elle est irrégulièrement ovalaire; son grand diamètre est vertical, et son contour, qui a 1 décimètre de développement, présente un bourrelet lisse et souple, rappelant assez bien le repli cutané qui borde l'hélix; la seconde ouverture se voit vers le haut de la paroi postérieure du sac, et traverse la cloison souple et mince (0,002) formée par l'adossement et l'adhérence intime et déjà ancienne de ce sac avec la veine cave supérieure. Cette perforation, qui s'ouvre dans cette dernière veine, à 15 millimètres au-dessous de la jonction des veines innominées, ne contient pas de sang dans sa lumière; elle est béante, irrégulièrement losangique; elle a 9 millimètres de hauteur sur 5 de largeur; son pourtour non frangé est bordé de dentelures très-fines, formées par de très-petits bourgeons rosés; son axe est dirigé en arrière et en haut. Au voisinage de cette ouverture, du côté de la veine comme du côté du sac, il n'existe ni érosion ni coloration anormales. Les parois du sac se composent de la membrane interne, intimement adhérente à une couche mince et souple de tissu cellulaire condensé; de plus, en avant et en dehors, ces parois sont en outre renforcées par un prolongement de la portion fibreuse du péricarde, et par la plèvre médiastine, séparés par une couche de graisse de 1 à 2 millimètres d'épaisseur. La membrane moyenne de l'aorte se termine brusquement au niveau du collet du sac; mais ce n'est que par une dissection très-attentive, que l'on parvient à reconnaître que la membrane

interne du sac n'est que la continuation apparente et non réelle de celle de l'aorte. La veine cave supérieure ne contient qu'un caillot noir, peu consistant et non adhérent; cette veine, large de 33 millimètres à l'embouchure de la grande azygos, n'en a que 26 plus haut, au niveau de sa perforation; partout sa surface interne est lisse et pâle.

Les veines suivantes, tronc veineux innominé droit, sous-clavière et jugulaire interne du même côté, sont très dilatées et présentent un épaississement léger, mais rendu bien évident par la comparaison avec les veines correspondantes du côté gauche, lesquelles ne s'éloignent pas de l'état normal.

Les veines dilatées sont lisses et pâles à l'intérieur, à l'exception de la veine innominée droite, qui est finement chagrinée dans l'étendue de 1 centimètre carré; on dirait des grains d'un sable fin brillant et transparent, adhérent à la membrane interne qui, à ce niveau, a sa coloration naturelle.

Les principales veines superficielles et profondes des membres supérieurs sont à l'état naturel, souples, non épaissies, pas très-distendues ; sang noir et liquide assez abondant dans la veine cave supérieure, qui est saine, ainsi que les veines principales des membres inférieurs.

Organes respiratoires. 500 grammes environ de sérosité citrine et limpide dans la plèvre droite, moitié moins dans la gauche; pointué rouge ecchymotique sous la plèvre médiastine des deux côtés; les deux poumons, libres d'adhérences, souples et grisâtres en avant, sont lourds en arrière, où ils sont infiltrés d'une sérosité limpide et citrine à peine sanguinolente, qui coule avec abondance de la surface des coupes. Ni épanchement sanguin, ni tubercules, ni pneumonie.

Très-légère infiltration séreuse des replis aryténo-épiglottique, sans rougeur, sans obstacle au libre passage de l'air dans le larynx. La muqueuse de la trachée est d'un rose vif, sans autre altération.

Abdomen. Environ 120 grammes de sérosité claire dans le péritoine; l'œsophage sain.

L'estomac assez volumineux, contenant des gaz et une petite quantité de mucus visqueux brun rougeâtre; la muqueuse, molle au voisinage du pylore, plus molle encore dans la partie moyenne, est réduite, au grand cul-de-sac, à une sorte de mucus.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle est mince, un peu molle, d'un blanc rougeâtre uniforme, sans ulcération; le gros intestin à l'état normal; le foie un peu gros, son tissu un peu friable, très-grenu, un peu congestionné; vésicule biliaire remplie de bile épaisse et brunâtre.

La rate très-petite et ferme; les deux reins à l'état normal, à part une pâleur

jaunâtre de leur substance corticale ; la vessie saine ainsi que l'utérus, dont la cavité contient un peu de mucus aux trois quarts transparent.

OBSERVATION III.

Anévrysme variqueux spontané de l'aorte ascendante avec la veine cave supérieure. (Ces deux observations ont été traduites littéralement du mémoire sur *les anévrysmes variqueux spontanés de l'aorte thoracique*, par le Dr Thurnam, *Trans. med.-chir.*, t. 23, obs. 4 et 6.)

Un cocher âgé de quarante et un ans, ayant mené une vie très-irrégulière, toujours exposé aux intempéries de l'air, avait souffert de la toux, de dyspnée et de palpitations, depuis aussi longtemps qu'il pouvait se souvenir; dans le printemps de 1833, il commença à sentir ses forces diminuer; au mois de juin, il se plaignait de douleurs dans le cou et dans les épaules, qui cependant cessèrent au bout de quelques jours ; puis sa figure devint pourpre et gonflée ; en quelques jours, les téguments du thorax et de la moitié supérieure du tronc, surtout du côté droit, devinrent aussi œdématiés; les jambes, au contraire, s'amaigrissaient et devinrent très-faibles; des ramifications veineuses, presque variqueuses, apparurent sur le thorax et sur le dos; la dyspnée, les palpitations et la toux, accompagnée d'une expectoration visqueuse, augmentèrent; il se plaignait d'une sensation de froid et de roideur entre les épaules ; et vers la nuit surtout, il avait des étourdissements, et un peu de confusion dans la vue et dans les idées ; le pouls était dur et à 100 pulsations par minute.

Auscultation. Sous la clavicule droite, matité à la percussion; sous la clavicule gauche, sonoréité complète; sous la clavicule droite, on sentait une impulsion distincte ; et au sommet du sternum, du côté droit, on entendait un bruit analogue à un frémissement vibratoire de corde de basse ; on entendait aussi ce son, mais moins distinctement à l'origine de la carotide droite et à la naissance de l'aorte; on entendait du râle sous-crépitant dans toute la partie postérieure de la poitrine, et principalement à la partie supérieure.

On appliqua des ventouses sous l'épaule droite; on lui a mis souvent des sangsues sous la clavicule droite; on lui a donné de l'élatérium, de la teinture de scille et autres diurétiques.

La dyspnée devint de plus en plus forte, et surtout la nuit; cependant l'application des sangsues l'a toujours soulagé; les crachats devinrent sanguinolents, l'expectoration plus difficile, et la toux plus gênante.

Vers la fin du mois de juillet, il a eu un accès de délire avec stupeur, sensa-

tion de constriction à la gorge et respiration entrecoupée. Six jours avant sa mort, l'œdème se montra dans le bras gauche; les chevilles et le scrotum devinrent un peu gonflés, toute la figure et les paupières furent énormément gonflées, et la respiration de plus en plus oppressée. Les trois derniers jours de sa vie, le délire fut constant. Le 4 août, il y eut un accès très-grave de dyspnée, suivi d'une transpiration profuse, et l'œdème sur les tempes et les paupières disparut tout à fait, il s'affaissa peu à peu, et mourut le même soir, un mois après son admission à l'hôpital de Saint-Barthélemy.

Autopsie, douze heures après la mort.

Thorax. Les poumons crépitaient partout, il y avait des adhérences des plèvres de chaque côté, et du côté droit la partie inférieure de cette membrane était épaissie d'un quart de pouce (anglais) par des couches blanches de fausses membranes. Le cœur était grand à cause de la dilatation des ventricules, mais les parois n'étaient pas épaissies, les valvules tout à fait saines. Il y avait un anévrysme vrai diffus de l'aorte ascendante qui commençait à 1 pouce ½ des valvules et s'étendait jusqu'à l'origine de l'artère innominée, affectant principalement le côté droit de l'aorte. Cela formait une tumeur aussi volumineuse que le poing fermé, correspondant aux trois côtes supérieures et placée devant la veine cave supérieure; le sac anévrysmal contenait quelques caillots grumeux, ses parois étaient très-minces, la membrane interne très-friable; postérieurement et à droite, se trouvait une ouverture ronde dont le bord était tout à fait lisse et le diamètre à peu près d'un quart de pouce; elle communiquait avec la veine cave supérieure à peu près à un demi-pouce au-dessus de l'ouverture de la veine azygos. La veine cave contenait un caillot de sang.

Abdomen. Le foie était ferme et plutôt petit que grand, les reins et tous les autres viscères parfaitement sains.

IVe OBSERVATION.

Anévrysme variqueux spontané des trois sinus de Valsalva, de l'auricule droite et de la terminaison de la veine cave supérieure.

Un ferblantier, âgé de trente-cinq ans, adonné à la boisson, avait souffert depuis longtemps de palpitations, lorsqu'en soulevant un poids très-lourd, il fut pris subitement d'une douleur obtuse dans la poitrine, et il lui sembla que quelque chose venait de se rompre; quelque temps après, se montrèrent un œdème et une lividité de la partie supérieure du corps, accompagnée de confusion dans les idées.

Trois semaines après, il entra à l'hôpital royal d'Édimbourg, dans le service de M. le Dr Peebles. Les deux bras et la poitrine, mais principalement la tête et le cou, étaient d'une couleur livide et œdématiés au dernier degré, et les vaisseaux de la conjonctive congestionnés. Il avait de la dyspnée, un peu de toux et de la déglutition difficile; 80 à 100 pulsations; pouls avec un intervalle distinct entre les battements du cœur et celui du pouls; urine trouble, mais non coagulable et peu abondante, impulsion du cœur très-forte, la pointe du cœur se sentant plus bas qu'à l'état normal. Un double bruit de souffle s'entendait à la région du cœur et sur la région sternale, mais principalement en haut du sternum; le bruit systolique était normalement prolongé, et le bruit diastolique était plus court et plus sec. A cause de l'œdème énorme, on ne pouvait pas bien percuter sa poitrine, mais il y avait une matité prononcée dans la région cardiaque et à la partie supérieure du sternum : on entendait le murmure respiratoire très-fort à l'angle supérieur de l'omoplate (il n'est pas dit s'il s'agit de l'omoplate droite ou gauche). On a diagnostiqué hypertrophie du côté gauche du cœur, avec anévrysme de l'aorte, et on l'a traité avec des purgatifs drastiques et de la digitale; on avait déjà fait une saignée et appliqué des ventouses au malade. La dyspnée devint de plus en plus forte : il ne pouvait pas garder le décubitus horizontal; l'œdème de la partie supérieure du corps persistait toujours, mais avec addition d'un léger gonflement du scrotum, sans œdème de la moitié inférieure du corps.

Quelques taches noires circonscrites apparurent sur la poitrine; le malade fut pris d'un accès de délire la nuit; ses conjonctives étaient ecchymosées, et il mourut subitement une semaine après son entrée à l'hôpital.

Autopsie, le troisième jour après la mort.

Thorax. Un litre et demi de sérum dans chaque cavité pleurale; les poumons étaient petits et comprimés, et contenaient une quantité considérable d'écume sanguinolente; le péricarde adhérait partout et le cœur était plus grand que d'habitude; toutes les cavités se trouvaient très-hypertrophiées et le ventricule gauche dilaté; les parois étaient d'une couleur plus pâle et plus molles que d'habitude, les valvules saines; l'aorte à son origine était subitement dilatée et formait une cavité anévrysmale du volume du poing. Cette grande cavité paraissait entièrement limitée aux trois sinus de Valsalva; elle était bornée supérieurement par trois segments d'un cercle formé par les fibres de l'artère, qui limitent les sinus, fibres qui étaient épaissies et allongées. L'orifice de l'aorte n'était pas élargi; l'aorte, au-dessus de l'anévrysme, était un peu épaissie et rugueuse sur sa surface interne, mais sans dilatation. Les parois dilatées de l'artère, qui for-

maient le sac anévrysmal, étaient très-minces et très-friables; en quelques points, elles manquaient tout à fait et étaient remplacées par des adhérences du péricarde ou par les parois des auricules. L'anévrysme se dirigeait dans la partie antérieure et gauche de l'auricule droite, et, à ce point, s'étendait par sa face externe vers la terminaison de la veine cave supérieure; il y avait une communication libre entre l'anévrysme, d'une part, et, de l'autre, cette portion de l'auricule droite et la terminaison de la veine cave supérieure. Cette communication se faisait par deux ouvertures ovales, dont les bords étaient ronds, bien limités, et pouvaient admettre l'extrémité du doigt auriculaire. La veine cave était perméable, mais avait cependant été comprimée par l'anévrysme. Au point où le sac anévrysmal faisait saillie dans la paroi antérieure de l'auricule, il y avait un point noir, aminci, qui semblait prêt à se rompre. Il n'y avait aucun caillot dans l'anévrysme.

Tous les viscères de l'abdomen étaient très-sains. On ne nous a pas permis d'examiner le cerveau.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans ces observations, le fait capital pour nous, c'est la présence d'un sac anévrysmal communiquant d'une part avec l'aorte et de l'autre avec la veine cave supérieure; c'est l'interposition de ce sac entre les deux vaisseaux qui classe les faits en question parmi les anévrysmes artérioso-veineux.

La tumeur anévrysmale est intra-péricardique, située sur le bord droit de l'aorte et dans sa portion ascendante, distante des valvules sygmoïdes de 3 à 6 centimètres, et par conséquent en rapport en bas et en dehors avec l'oreillette droite; en dehors avec la veine cave supérieure, en arrière avec la bronche droite, en avant avec le sternum et les premiers cartilages costaux. D'un volume toujours assez considérable, le sac anévrysmal appartient évidemment par sa structure à un anévrysme mixte externe : il offre des parois minces, friables, érodées même en certains points (obs. 4). Il contient des caillots rouges peu consistants, et si nous trouvons un caillot fibrineux (obs. 1), celui-ci n'existe que dans une portion du sac anévrysmal; peut-être même pourrait-on établir que ces couches fibrineuses

n'existent que partiellement ou font défaut dans le cas où les anévrysmes s'ouvrent dans les organes voisins, comme sembleraient le démontrer les observations de rupture d'anévrysme aortique dans le péricarde, publiées, l'une par Morgagni (lettre 27, § 13), l'autre par M. Raynaud (*Journal hebdomadaire de médecine*, 1829, p. 110).

Cette tumeur présente, et c'est là un caractère essentiel, deux ouvertures : l'une, dans l'aorte, et celle-ci plus ou moins régulièrement ovale, d'environ 10 centimètres de circonférence (obs. 1 et 2), doit peu nous occuper; l'autre, dans la veine cave supérieure, qui exige par son importance une étude toute spéciale. Sa situation varie avec celle de la tumeur anévrysmale; ces différences peu considérables du siége de la perforation n'offrent d'intérêt que lorsqu'elle est située au-dessus (obs. 2 et 3) ou au-dessous (obs. 1 et 4) de la veine azygos. Son diamètre présente des dimensions presque constantes; elle admet à peu près l'extrémité du doigt auriculaire; sa forme est plus ou moins régulière, ovale (obs. 1, 3 et 4) ou disposée en losange (obs. 2); sa lumière est parfaitement libre, dégagée de caillots et de débris membraneux.

Tantôt les bords de cette ouverture sont formés de petits lambeaux violacés, très-minces, et s'avançant à peine vers le milieu de l'ouverture (obs. 1); tantôt ces bords sont entourés de petits bourgeons rosés (obs. 2) ou enfin ils sont lisses et nettement limités (obs. 3 et 4), différences remarquables qui nous permettent de suivre le mode de formation de la perforation du sac anévrysmal. En effet, les bords sont minces, déchiquetés en lambeaux, violacés, et dans le même fait (obs. 1), à côté de ce point, la veine cave supérieure est ulcérée peu profondément dans une petite étendue, et cette ulcération semble être le résultat du contact de la pression du sac anévrysmal. Ne paraît-il pas évident qu'une ulcération semblable a précédé l'ouverture, et que l'impulsion violente du sang, pendant un accès de colère ou un effort violent, a déterminé la rupture de cette partie malade et amincie de la veine, et laissé ces bords inégaux et déchi-

quetés, tels que nous les avons rencontrés? Cette explication devient plus certaine encore si nous remarquons que, dans l'observation 4, il existait dans l'oreillette, à côté de l'ouverture communiquant avec le sac anévrysmal, un point noir, aminci, qui semblait prêt à se rompre. Ces bords sont dentelés et présentent des petits bourgeons rosés (obs. 2); nous voyons là cette même surface ulcérée en voie de cicatrisation, et l'apparition de cette lésion, sans cause occasionnelle, permettait en effet à M. Cossy de supposer qu'un travail lent d'ulcération pouvait par lui-même déterminer cette perforation. Enfin ces bords lisses et bien limités (obs. 3 et 4) nous montrent le travail de cicatrisation accompli, grâce au temps assez long pendant lequel ont survécu les malades.

Les lésions qui nous restent à étudier ne sont plus pour ainsi dire que les conséquences de cette première altération, et présentent moins d'intérêt.

La veine cave supérieure, dans sa partie inférieure, est fortement comprimée par la tumeur anévrysmale; elle offre un calibre notablement diminué, tant par la saillie du sac que par un effet de la rétraction naturelle aux vaisseaux traversés par une circulation moins active. La partie supérieure de la même veine est, au contraire, dilatée et par la stase du sang veineux et par le choc du sang artériel qui y pénétrait; ses parois lisses, polies, épaissies dans la portion supérieure, sont, près de l'embouchure dans l'oreillette, le siége des trois ulcérations (obs. 1) superficielles dont nous avons déjà parlé, et qui paraissent dues à cette propriété spéciale que possèdent les anévrysmes de déterminer sur les tissus qui les environnent une inflammation ulcéreuse, produisant une sorte d'usure lente et progressive.

Les veines afférentes à la veine cave supérieure sont gorgées de sang, dilatées et épaissies, quelquefois un peu plus sensiblement du côté droit (obs. 2). La paroi interne des veines jugulaires peut être légèrement injectée, comme chagrinée (obs. 1 et 2), et la présence en ces mêmes points de caillots denses, rouges, adhérents, indiquerait sans doute un commencement de phlébite adhésive. La veine

azygos est également notablement épaissie et dilatée. De même, de l'autre côté du sac anévrysmal, l'aorte, brusquement élargie à son origine, reprend son calibre normal après la bronche gauche et présente à sa face interne des plaques stéatomateuses (obs. 1) ou ossifiées (obs. 2), et quelques bosselures formées par des dilatations partielles de l'aorte (obs. 1 et 2), lésions qui accompagnent presque toujours les anévrysmes de cette artère.

Le péricarde contient une certaine quantité de sérosité sans trace de péricardite ; une fois cependant (obs. 4) une péricardite ancienne l'avait rendu adhérent au cœur.

Cet organe est volumineux ; mais l'augmentation de volume est aussi bien due à l'agrandissement des cavités qu'à l'hypertrophie des parois (obs. 3), et cette altération porte tantôt spécialement sur le ventricule gauche (obs. 1), tantôt sur les deux ventricules (obs. 2 et 4). Les valvules sont saines, le trou de Botal est fermé; l'oreillette gauche est normale.

L'oreillette droite, quand la tumeur située assez bas s'ouvrait au-dessous de la veine azygos (obs. 1 et 4), a perdu de sa capacité, par suite de la saillie de la tumeur anévrysmale dans son intérieur, et peut présenter soit des points amincis, ulcérés, près de se rompre (obs. 1 et 4), soit même une ouverture qui la fasse communiquer avec le sac anévrysmal (obs. 4).

La trachée et les bronches n'étaient pas notablement comprimées. Lorsque les cavités pleurales n'étaient pas oblitérées par d'anciennes adhérences (obs. 3), elles contenaient une notable quantité de sérosité limpide, et les poumons étaient par conséquent légèrement comprimés (obs. 1, 2, 4).

Les organes contenus dans l'abdomen ont présenté des altérations variables qui n'ont rien eu de constant : tantôt le foie était volumineux (obs. 2), tantôt la rate était diffluente (obs. 1), tantôt enfin les reins étaient fortement congestionnés (obs. 1 et 4).

Le cerveau était pâle, sans piqueté, d'une consistance normale (obs. 1 et 2); les ventricules contenaient à peu près une cuillerée

de sérosité limpide ; les plexus choroïdes et la pie-mère étaient pâles et peu injectés. Cependant les symptômes observés pendant la vie, délire, coma, la congestion des veines du cou et de la face, tout enfin devait faire supposer une congestion veineuse du cerveau et des méninges. A la vérité, l'inextensibilité des sinus cérébraux, les anastomoses des plexus rachidiens antérieurs et postérieurs, et enfin les expériences de M. Cruveilhier sur des animaux (*Anatomie descriptive*, 2e édit., t. 3, p. 218), expliquent jusqu'à un certain point cette intégrité de la circulation cérébrale ; toutefois nous devons noter que cette absence de congestion ne s'est pas reproduite dans d'autres cas d'arrêt de la circulation de la veine cave supérieure. Ainsi Corvisart rapporte (*Essai sur les maladies du cœur*, *Encyclopédie des sciences médicales*, 7e division, p. 129) « qu'il connaît une mort, pour ainsi dire apoplectique, causée par la compression qu'une tumeur anévrysmaea ortique exerçait sur la fin de la veine cave supérieure, dont la lumière était réduite à des dimensions extrêmement peu considérables. » Mais n'empiétons pas sur l'étude que nous allons faire des symptômes.

SYMPTÔMES.

Nous ne pouvons signaler comme phénomènes précurseurs que quelques étourdissements, de la céphalagie, un peu de rougeur de la face pendant une heure ou deux (obs. 2), encore manquent-ils le plus souvent, lorsque surtout la rupture se fait brusquement.

Au moment de celle-ci, un étourdissement violent, une perte de connaissance assez complète pour entraîner une chute, un gonflement brusque et subit de la face avec œdème et coloration violacée, s'étendant immédiatement au cou et au bras droit, puis peu après au bras gauche et à la poitrine ; quelquefois une douleur obtuse derrière le sternum (obs. 4), et un peu de trouble dans les idées, se manifestent tout à coup à la suite d'un effort ou sans cause connue, ce qui vient à l'appui de l'opinion que nous avons émise, que la

cause prochaine et réelle était l'ulcération de la veine cave, déterminée par la compression du sac anévrysmal.

La cause occasionnelle fut tantôt un violent accès de colère, tantôt un effort énergique (obs. 1 et 4); mais dans d'autres faits (obs. 2 et 3), toute cause occasionnelle manque, et la perforation résulte des seuls progrès de l'ulcération. Ainsi nous l'avons vue survenir au réveil, sans cause appréciable, après quelques étourdissements et un peu de gonflement de la face, qui semblaient indiquer seulement une compression plus marquée de la veine cave supérieure.

Une fois cette communication établie, le symptôme qui frappe à première vue est l'œdème énorme et la coloration violacée de la moitié supérieure du corps, contrastant avec l'absence d'œdème, parfois même avec l'amaigrissement (obs. 3) de la moitié inférieure du corps et des membres abdominaux ; dans ces parties en effet, la coloration est normale, et c'est à peine si l'on a quelquefois rencontré un peu d'œdème des bourses (obs. 1, 3, 4), phénomène exceptionnel qui trouverait peut-être son explication dans la congestion des veines rénales et spermatiques, dont nous donnerons plus tard l'explication.

Au contraire, dans les parties supérieures, et particulièrement à la face, la coloration violacée et le gonflement œdémateux des paupières, des lèvres, de l'entrée des narines, sont très-marqués ; les conjonctives sont injectées; la sécrétion des larmes est très-abondante, ainsi que celle du mucus nasal. Le cou, les bras, les épaules, et toute la moitié supérieure du thorax, sont très-œdématiés, surtout à droite, et le doigt y laisse une empreinte profonde ; la peau, dans ces parties, est d'une couleur bleue violettée, moins prononcée qu'à la face, cependant très-foncée aux mains. Celles-ci sont à tel point tuméfiées que les mouvements en sont difficiles; les veinules sous-cutanées sont distendues et forment de petites lignes irrégulières et rougeâtres, parfois même (obs. 4) certaines parties de la peau sont noires et présentent un commencement de sphacèle; toutes ces parties, en général sèches, paraissent plus froides au

toucher que la partie inférieure du corps, et cette sensation de froid, appréciée par le malade, lui est quelquefois très-pénible. Les troubles de la circulation veineuse se manifestent encore par d'autres phénomènes; ainsi les veines du front (obs. 1 et 2), comme variqueuses, sont distendues et flexueuses. Quant à celles des bras et du cou, l'œdème empêche de les reconnaître et rend même la saignée impossible (obs. 1 et 2); parfois cependant il n'est pas tellement considérable que l'on ne puisse percevoir à chaque systole le gonflement des jugulaires, accompagné d'une sensation de frémissement, et la section des veines frontales du côté droit (obs. 2) donne alors issue à un sang rutilant, d'aspect artériel, sortant par un jet saccadé, isochrone aux battements du pouls. On doit rapporter à cette congestion des veines des épistaxis (obs. 1 et 2) assez fréquentes qui diminuent leur tension; sur la muqueuse buccale, celle-ci semble portée à son maximum, et la langue elle-même est bleuâtre et tellement tuméfiée que la parole est lente et difficile.

En même temps, une dyspnée souvent considérable empêche le décubitus horizontal et paraît tenir à l'anévrysme aortique et à l'épanchement dans les deux plèvres (obs. 1, 2, 4), quelquefois même à la compression coïncidante d'une des bronches par la tumeur anévrysmale (obs. 1). La toux est fréquente, par quintes, et s'accompagne quelquefois d'une expectoration sanguinolente (obs. 3) à laquelle viennent se joindre des râles sibilants et sous-crépitants (obs. 1, 3), qui semblent indiquer un commencement d'œdème pulmonaire; la voix est faible, l'exercice de la parole très-fatigant, quelquefois même impossible (obs. 3), peut-être bien à cause de l'état de la langue.

Au milieu de ces désordres, rarement on observe une douleur spontanée à la région précordiale; mais le plus souvent des battements incommodes à l'extrémité interne de la clavicule droite. Les battements du cœur sont assez forts, sans impulsion remarquable, ordinairement réguliers. Toutefois les malades sont sujets aux palpitations : le pouls est assez fréquent, ordinairement faible ou petit,

et ces caractères ne changent que lorsqu'on observe en même temps quelque lésion des ventricules ou des orifices (obs. 4). La matité précordiale est assez étendue, mais ordinairement difficile à préciser à cause de l'œdème des parois thoraciques qui, d'ailleurs, peut rendre la percussion douloureuse (obs. 1).

Le plus souvent, on trouve également une matité circonscrite au-dessous de la clavicule droite, sur le bord du sternum (obs. 2 et 3), signe très-important, qui n'a fait défaut qu'une seule fois, par une circonstance tout accessoire, l'interposition d'une lame pulmonaire entre l'anévrysme et la paroi thoracique (obs. 1).

Après ce signe important donné par la percussion , l'auscultation va nous en fournir sur lesquels aussi nous devrons appeler l'attention d'une manière spéciale.

Les bruits du cœur, quelquefois couverts à sa base par les bruits morbides, sont normaux et peuvent être perçus avec leur véritable caractère soit à la pointe du cœur, soit sur la partie latérale gauche de la poitrine.

Le maximum des bruits anormaux, au contraire, est perçu audessous de l'extrémité interne de la clavicule, sur le bord droit du sternum, et se prolongeant un peu vers la carotide droite , quelquefois aussi contre la colonne vertébrale à droite, au niveau de l'omoplate. Ces bruits ont présenté quelques variétés : une seule fois ce fut un bruit vibratoire continu (obs. 3), analogue à celui d'une corde de basse; ordinairement il y a deux bruits, et alors le premier est un bruit de souffle doux systolique, occupant le premier temps, et se prolongeant pendant le petit silence, et s'entendant aussi le long des carotides; et le second est plus court, plus sec, au second temps, et se prolonge peu vers la carotide droite (obs. 1, 4); tantôt enfin le premier bruit est râpeux, fort , assez prolongé pour occuper le petit silence, et s'entend également à la base du cœur; en même temps, on perçoit à l'extrémité interne de la clavicule droite un bruit de souffle éclatant très-prolongé, non continu, non musical, se prolongeant surtout le long des vaisseaux du côté droit du cou; du côté gauche.

au contraire, ce n'est qu'un bruit de souffle très-éloigné et très-faible (obs. 2). Ces bruits, différents chez chacun de nos malades, n'ont pas varié chez le même pendant tout le cours de la maladie.

Au contraire, les symptômes cérébraux ont parcouru plusieurs phases diverses; dès le début, on observe une syncope, des étourdissements, des vertiges; pendant la maladie, un bruissement incommode dans la tête (obs. 2), une céphalalgie presque constante (obs. 1), un trouble notable dans les idées (obs. 4), un affaiblissement marqué de la mémoire, une fatigue excessive à la suite de tout travail intellectuel; dans les derniers jours, un délire plus ou moins violent (obs. 1, 3, 4) ou le coma (obs. 2); quelquefois enfin ces deux états successivement (obs. 1).

A côté de ces troubles, la digestion pendant les premiers temps ne présente d'autre dérangement qu'une notable diminution de l'appétit; la sécrétion urinaire, à la vérité, est plus modifiée, et l'urine, quelquefois orangée (obs. 2), peut être sanguinolente (obs. 1 et 4); ces différences sont facilement explicables. En effet, lorsque l'ouverture de l'anévrysme est située au-dessous de la veine azygos, cette veine distendue reçoit à chaque systole une notable quantité de sang artériel : de là congestion des veines rénales, des reins eux-mêmes (obs. 1), et gêne de la circulation et de la sécrétion rénale.

Il nous reste maintenant à continuer pour les autres symptômes cette étude comparée des lésions anatomiques et des faits observés pendant la vie.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Ainsi il résulte, de la communication de la veine et de l'artère, que le sang artériel doit passer dans la veine; la pesanteur du sang veineux, en effet, ne saurait contrebalancer la puissance du jet de sang artériel qui, projeté par la systole ventriculaire, et suivant la direction des deux ouvertures du sac anévrysmal, doit remonter

vers les troncs brachio-céphaliques; nous n'en voulons d'autre preuve que le jet de sang rutilant, saccadé, et isochrone aux pulsations, qu'a fourni la saignée pratiquée à une veine frontale (obs. 2). Mais en résulte-t-il que le sang repasse de l'artère dans la veine? Breschet considérait ce fait comme certain, il pensait l'avoir constaté *de visu* pendant une opération; cependant aujourd'hui tous les médecins admettent que le passage du sang, déterminé avec force par chaque contraction du cœur, est rendu continuel par la contraction artérielle, et qu'ainsi jamais le sang ne revient de la veine dans l'artère. Cependant, dans nos observations, il serait possible qu'il n'en fût pas ainsi; en effet, si nous considérons que l'aorte a perdu sa contractilité dans toute la crosse et même dans une grande étendue de son trajet descendant, tant à cause de sa dilatation qu'à cause des plaques osseuses et stéatomateuses que présente sa face interne, nous admettrons bien plus facilement le passage inverse du sang des veines dans la tumeur anévrysmale.

D'un autre côté, les veines, et surtout les deux veines caves, possédant un pouvoir contractile parfaitement démontré par MM. Kölliker (*Zeitschrift*, 1849) et Gübler (*Bull. de la Soc. de biol.*, 1849, p. 79), et d'autant plus notable qu'elles sont dans un plus grand état de réplétion, ne peut-on pas supposer que dans les faits que nous avons observés les veines de la partie supérieure du tronc, dilatées et notablement épaissies, possédant par conséquent au suprême degré des fibres circulaires développées et une puissante contractilité, ont été portées à réagir dès qu'elles ont reçu l'ondée de sang artériel, et font alors pénétrer une partie du sang de la veine dans la tumeur anévrysmale? aussi nous tiendrons compte de cette circonstance pour expliquer les bruits perçus par l'auscultation.

Ces bruits, comme nous l'avons vu, ont présenté quelque différence.

1° Le bruit était unique et continu, à renforcement (obs. 3): ici évidemment le fait rentre dans la loi commune, et la théorie pro-

fessée par MM. Beau, Gendrin, Monneret, et Thurnam, ne saurait être mise en doute. En effet, d'après ce dernier, « pendant la systole ventriculaire, le courant artériel qui traverse l'orifice variqueux est plus fort, et il en résulte un bruit plus intense ; pendant la diastole, en raison de la réaction élastique des artères sur le sang contenu dans leur intérieur, un courant moins fort est chassé à travers l'ouverture, et, à ce moment, un murmure un peu plus faible est perçu, etc. »

2° Le bruit est intermittent, comme dans l'observation 2. « Ne voit-on pas, disait M. Cossy (*Archives générales de médecine*, septembre 1845, p. 33), que si cette théorie de Thurnam est vraie, et que si la persistance du sang, et par suite, du bruit anormal, pendant la diastole ventriculaire, tient réellement à la réaction élastique des artères, ces phénomènes devront cesser dans le cas où les parois artérielles viendraient, par une cause quelconque, à perdre leur propriété élastique; or c'est ce qui s'est passé dans le cas actuel, car la non-continuité du bruit de souffle coïncide précisément avec une altération grave de la crosse aortique, qui est dilatée, amincie en plusieurs points, et dont la membrane moyenne est réduite presque à rien, par suite du dépôt de matière stéatomateuse. » On a objecté à cette théorie que si la contractilité était altérée dans l'aorte, elle persistait dans le reste du système artériel et pouvait produire le même résultat; mais nous ferons observer que cette contractilité avait notablement perdu de sa force, par suite de la faible quantité de sang que recevaient les artères, et que, d'autre part, elle s'exerce surtout en poussant le sang du centre vers les extrémités.

3° Non-seulement le bruit de souffle est intermittent, mais il est double (obs. 1, 4). Le premier bruit est facile à expliquer : l'ondée sanguine passe, au premier temps, à travers l'orifice anévrysmo-veineux, et produit un bruit de souffle qui s'entend très-distinctement le long des vaisseaux du cou, et siége dans les veines; ce bruit se prolonge naturellement pendant le premier silence, puis un très-bref silence ; et le second bruit, qui est un souffle assez court, à tim-

bre sec, et occupant le second temps ou la fin du second temps. Aucune des théories que nous avons vues ne nous fournit une explication ; celle que nous en donnons n'est qu'une hypothèse, à la vérité, mais est du moins la conséquence naturelle de la théorie que nous venons d'admettre pour les deux premiers faits; car, si la contraction artérielle n'est plus assez puissante pour produire un passage continu du sang à travers l'ouverture, et si l'on admet, comme nous avons essayé de le démontrer tout à l'heure, que les veines stimulées, par l'abord brusque du sang artériel et par leur distension considérable, réagissent ensuite en vertu de leurs propriétés contractiles, qu'il n'est plus permis de révoquer en doute ; alors un courant sanguin passera, à travers cette ouverture, de la veine dans l'artère. Ce courant cesse bientôt, en vertu de la réplétion momentanée qu'il cause dans la poche anévrysmale, et nous aurons alors, par ce courant, l'explication de ce bruit de souffle court, succédant presque immédiatement au premier bruit, et ne se prolongeant pas dans les carotides, comme le premier, et son timbre sec peut alors facilement s'expliquer par la tension de la membrane mince que le passage du sang met en vibration.

Dans toutes ces théories, on a placé la cause de production de ces bruits à l'ouverture veineuse ; il est à regretter que l'examen des malades n'ait pas été fait antérieurement à la communication des deux vaisseaux, car la connaissance des modifications apportées par ce fait donnerait, à cet égard, des indications très-positives ; malgré cette absence d'examen antérieur, le point où existait le maximum des bruits, la comparaison des deux ouvertures, de leur largeur et de leur structure, semblent démontrer qu'ils siégaient au niveau de l'ouverture veineuse.

Peut-être cependant pourrait-on conserver quelques doutes pour le bruit râpeux que l'on percevait en même temps qu'un bruit de souffle plus doux (obs. 2), et serait-on porté à admettre, dans ce cas, que chacun des deux orifices concourrait alors, pour sa part, à la production d'un bruit différent.

Quoi qu'il en soit de ces explications, il est des résultats certains et matériels du passage du sang artériel dans la veine cave supérieure, telle est la présence d'une certaine quantité de sang artériel dans la cavité droite du cœur : ce stimulant anormal des poumons explique dès lors la toux, l'expectoration visqueuse, et même la dyspnée; car M. Louis a démontré (*Archives générales de médecine*, t. 3, p. 325 et 435; 1823) que tous les sujets présentant une communication des cavités droites et gauches du cœur ont, à des intervalles divers, des accès de dyspnée et d'étouffement, qui se renouvellent plus ou moins fréquemment, et qu'il semble rapporter à cette cause. C'est donc un nouvel élément de dyspnée à ajouter à ceux que nous avons déjà donnés.

D'un autre côté, ce passage du sang à chaque systole ventriculaire produit une gêne notable dans la circulation de toutes les veines de la partie supérieure du corps. Bien que cet obstacle ne soit pas aussi absolu que l'oblitération de cette veine, néanmoins la congestion plus considérable, déterminée par l'afflux d'une nouvelle quantité de sang et la circulation rendue fort lente par la diminution de calibre de la veine cave, s'oppose presque complétement à sa circulation, et en change pour ainsi dire la direction : de là cet œdème des parties supérieures et cette coloration violacée que Breschet expliquait par le mélange du sang veineux et du sang artériel, mais qu'il nous semble plus naturel de rapporter à la stase du sang veineux; car, d'un côté, on voit que cette coloration existait également dans les cas d'oblitération de la veine cave supérieure, et de l'autre, M. Louis, dans un mémoire que nous avons cité plus haut, a démontré que cette coloration cyanosée tenait à la lenteur de la circulation veineuse, et non au mélange des deux sangs ; et sans rappeler ici les motifs sur lesquels il appuie cette opinion, disons que, dans nos observations, si l'on admet, avec Breschet, que le mélange des deux sangs se faisait dans l'aorte et la veine cave supérieure, la coloration bleue aurait dû être universelle, et non limitée à la moitié supérieure du tronc où existait la gêne de la circulation veineuse.

Il nous reste maintenant à étudier par quels procédés la nature tend à remédier à cet arrêt de la circulation. Que l'oblitération porte sur une artère ou sur une veine, elle use des mêmes moyens, et cherche à rétablir le cours du sang par la dilatation des vaisseaux collatéraux et par leur anastomose; si le succès n'est pas aussi complet quand la circulation s'arrête dans un gros tronc veineux, il est facile d'expliquer ce fait par la présence des valvules, qui gênent, dans les veines, l'établissement d'une circulation en sens contraire. Malheureusement, dans plusieurs des observations que nous avons données, on a négligé ce point de vue; nous tâcherons cependant de combler cette lacune par les observations de MM. John Reid et William Thomson (*Archives générale de médecine*, 2e série, t. 7, p. 115, 1835), qui ont étudié spécialement les faits d'oblitération de la veine cave supérieure, sous le rapport de la circulation collatérale.

OBSERVATION V.

En décembre 1833, on trouva la veine cave supérieure oblitérée à son entrée dans le cœur, sur un cadavre destiné aux opérations. Cette oblitération avait environ 2 pouces d'étendue, et formait un cordon arrondi, comme cartilagineux au toucher, et solidement adhérent par du tissu cellulaire aux parties environnantes, particulièrement à la face antérieure de la bronche droite. Autour de ce cordon et surtout à la partie inférieure, existaient plusieurs concrétions calcaires, en rapport probablement avec les glandes bronchiques. A la surface interne de l'oreillette, l'orifice de la veine cave n'était indiqué que par une légère dépression, et, dans ce point, l'oreillette offrait une espèce de diverticulum digitiforme. Lorsqu'on s'aperçut de cette disposition, la dissection était assez avancée pour qu'il fût difficile de retrouver les canaux qui avaient porté le sang à la veine cave ascendante; cependant, après beaucoup de recherches, on parvient à en reconnaître quelques-uns et peut-être la plus grande partie. Les grosses veines du cou se réunissent, comme à l'ordinaire, à la veine cave supérieure qui s'oblitérait subitement au point indiqué. La veine azygos avait le double de son volume ordinaire, et devenait brusquement imperméable dans le point où elle s'unit à la veine cave oblitérée. Les veines intercostales droites, surtout la supérieure, étaient considérablement dilatées ; une veine de la grosseur d'une plume

ordinaire passait entre la veine cave, immédiatement avant son oblitération, et la partie supérieure de la veine azygos. Cette dernière recevait à la hauteur ordinaire, c'est-à-dire vers la septième vertèbre dorsale, la branche qui est appelée *veine demi-azygos*, et qui avait plus du double de son volume ordinaire. On ne peut apprécier l'état des veines intercostales supérieures du côté gauche, parce qu'elles avaient été presque entièrement détruites ; mais, à en juger par ce qui en restait, elles devaient avoir été considérablement agrandies. En insufflant de l'air dans l'azygos et la demi-azygos, on vit que ces veines conservaient leur ampleur anormale jusqu'au niveau du diaphragme et qu'elles formaient plusieurs flexuosités ; l'air passa librement dans la cavité des veines intercostales et lombaires supérieures, qui étaient dilatées, et distendit toutes les veines lombaires supérieures ainsi que la veine cave ascendante. Une veine, qui avait au moins le volume d'une plume à écrire, et qui était formée par une branche provenant de chaque azygos, passait à travers la partie gauche et l'ouverture aortique du diaphragme, et s'unissait à la veine cave inférieure, près du point où celle-ci reçoit les veines rénales. Les veines mammaires internes avaient été détruites, mais les veines épigastriques avaient leur volume ordinaire ; ainsi il n'y avait pas eu reflux du sang dans cette direction. Tout le sang veineux du corps, excepté celui de la veine coronaire, était versé dans l'oreillette par la veine cave inférieure ; cette veine était aussi considérablement dilatée. A son entrée dans le cœur, elle pouvait presque admettre trois doigts. Les veines azygos communiquent ordinairement avec les veines rénales ; mais ici l'on ne peut savoir si cette communication existait ou si elle était élargie, parce que les reins avaient été enlevés.

On ne put examiner précisément de quelle manière le sang passait des gros vaisseaux de la partie inférieure du cou aux veines intercostales dilatées qui s'abouchaient dans les veines azygos, parce que la dissection était trop avancée ; mais il est probable qu'une grande partie de ce sang coulait à travers les veines intercostales qui se vident dans les veines innominées, et de là passait dans les branches d'anastomoses qui aboutissent à la veine azygos. Une partie de ce sang pouvait avoir coulé par les veines mammaires internes, par leurs anastomoses avec les intercostales et les lombaires supérieures, et atteint ainsi les veines azygos, quoique les veines azygos, intercostales et lombaires, fussent dilatées ; cependant il était difficile de concevoir comment tout le sang de la veine cave supérieure pouvait passer aussi librement qu'il était nécessaire dans la veine cave inférieure, d'autant plus qu'il y avait là un mouvement rétrograde.

Rien dans le voisinage de la veine cave oblitérée ne pouvait servir à expliquer cette oblitération, à moins d'admettre que les concrétions calcaires trouvées

autour de la veine étaient les restes de quelques glandes bronchiques tuméfiées qui, par la pression prolongée sur la veine, avaient produit son oblitération.

Le sujet qui présentait cette lésion était une femme de quarante ans, qui était entrée à l'hôpital avec les symptômes d'un hydrothorax. Elle était affectée d'une anasarque générale, d'une dyspnée intense; le visage était livide, le décubitus dorsal était impossible, l'urine rare, le pouls fréquent, petit et irrégulier. Ces symptômes furent amendées par l'usage de la crème de tartre et d'autres diurétiques. Se trouvant mieux, elle quitta l'hôpital au bout de deux ou trois mois, n'ayant plus d'œdème; mais bientôt après les symptômes reparurent et elle rentra le mois suivant. On eut recours aux mêmes moyens thérapeutiques, mais sans soulagement. Elle mourut presque subitement par l'exaspération des symptômes, après un mois de séjour, n'ayant eu ni délire ni coma, bien qu'elle fût un peu sourde.

OBSERVATION VI.

Une autre observation est rapportée par le Dr Otto, de Breslau, dans la seconde partie de son ouvrage intitulé *Observations rares concernant l'anatomie, la physiologie, la pathologie* (Berlin, 1834). Il y avait aussi, dans ce cas, un anévrysme de l'aorte développé à tel point que le sternum était perforé. La veine cave supérieure était comprimée par la tumeur anévrysmale, et sa cavité ne pouvait pas admettre la sonde la plus fine; l'oblitération s'étendait du lieu où la veine azygos entre dans la veine cave jusqu'à l'oreillette. «Tout le sang des parties supérieures du corps, dit le Dr Otto, doit avoir été porté par les communications latérales à la veine cave inférieure et de là au cœur.» En effet, il trouve la veine azygos et la veine mammaire interne gauche très-dilatées; la veine mammaire interne droite était oblitérée par la pression de l'anévrysme.

En réunissant ces faits à ceux observés par MM. Reynaud, Martin-Solon, Oulmont, à ceux que nous avons rapportés, il est facile de voir que, comme l'a soutenu M. le Dr Deckart (dissertation inaugurale à Berlin en 1823), le sang veineux, dans les cas d'oblitération de la veine cave supérieure, revient au cœur par trois grandes voies principales :

1° Par les plexus rachidiens situés dans le canal vertébral communiquant en bas avec la veine hypogastrique et par conséquent avec la veine cave inférieure.

2° Par les veines azygos, que toutes les observations présentent comme très-notablement dilatées.

3° Par les veines mammaires internes, épigastriques (obs. 1), par les veines intercostales et diaphragmatiques.

L'anatomie devait naturellement faire prévoir l'établissement de cette circulation collatérale; mais il fallait que la réunion de ces faits divers vînt également prouver la réalité de cette hypothèse; on voit également combien cette circulation collatérale veineuse est insuffisante, mais ce fait doit peu surprendre, car presque jamais elle n'est assez active pour suppléer à l'oblitération d'un gros tronc veineux; c'est là un fait général déjà prouvé et pour l'oblitération de la veine cave inférieure, et pour celle de la veine porte, ainsi que l'a démontré M. Gübler (thèse de concours sur la *cirrhose,* p. 61 et suivantes; 1853). De plus, pour les anévrysmes artérioso-veineux, l'arrêt à la circulation, s'établissant brusquement, permet bien moins que les oblitérations lentes des veines l'établissement d'une circulation complémentaire; cette différence dans la marche des deux affections nous servira du reste, comme on va le voir, pour établir notre diagnostic différentiel.

DIAGNOSTIC.

Les symptômes les plus marqués sont :

1° L'établissement brusque d'un œdème considérable de la face, du cou, du bras et d'une partie plus ou moins considérable du thorax, œdème qui n'existe pas dans la moitié inférieure du tronc.

2° La coloration bleue violacée, très-marquée à la face et encore très-notable au cou, au bras et au tronc, avec diminution de chaleur dans ces parties.

3° La distension dans la moitié supérieure du corps des gros troncs veineux et des veines sous-cutanées souvent devenues variqueuses, et dans certains cas le reflux du sang dans les jugulaires avec un mouvement vibratoire.

4° Le trouble des facultés intellectuelles, l'absence de mémoire, la tendance aux syncopes, et enfin le coma ou le délire pendant les derniers jours de la vie.

5° La dyspnée plus ou moins intense, souvent explicable par un épanchement pleurétique, et accompagnée de toux, et le plus souvent d'une expectoration visqueuse et quelquefois sanguinolente.

6° Les signes physiques fournis par l'auscultation, c'est-à-dire soit un susurrus continu avec renforcement, soit au contraire un bruit de souffle occupant le premier temps et se prolongeant plus longtemps que lui, soit enfin un bruit de souffle double dont l'un est placé au premier temps et se continue pendant le petit silence, et l'autre au deuxième temps; ces deux bruits ayant leur siége sur le bord droit du sternum, dans un espace borné en haut par la clavicule et en bas par le quatrième espace intercostal.

Pour le Dr Thurnam, lorsque tous ces signes se sont manifestés à la suite de quelque effort extraordinaire, l'existence d'un anévrysme variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure est à peu près certaine.

Le diagnostic nous paraît encore facile en l'absence même de cette cause occasionnelle, qui n'est pas absolument nécessaire (obs. 2), parce que l'ensemble des symptômes présente quelque chose d'inusité et d'insolite qui ne permet de comparer cette maladie qu'à un petit nombre d'affections.

Nous ne retrouvons en effet cet aspect spécial que dans les cas d'oblitération ou de compression de la veine cave supérieure. Les faits d'oblitération sans compression appréciable sont très-rares; qu'il me soit permis de remercier ici M. le Dr Oulmont à qui je dois l'observation suivante :

OBSERVATION VII.

Oblitération complète de la veine cave supérieure.

Le 26 décembre 1847, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 4, la nommée

Duché, âgée de quarante-neuf ans, mère de deux enfants, dont la vie régulière a été d'abord celle d'une femme d'ouvrier, et depuis son veuvage (17 ans), celle d'une cuisinière placée dans d'assez bonnes conditions et notamment depuis douze ans, où, dans la même maison, elle a eu une cuisine bien aérée, une chambre saine et une bonne nourriture. Aussi ne signale-t-elle pour tous antécédents étrangers aux accidents de sa maladie actuelle qu'une éruption cutanée indéterminée d'une durée de trois ou quatre mois, qui aurait eu lieu il y a quinze ans, que des rhumes légers l'hiver et que des éblouissements après l'usage du vin dont elle s'est depuis longtemps abstenue complétement. Elle assure positivement n'avoir eu ni fluxion de poitrine ni rhumatisme, et n'avoir éprouvé aucun étouffement jusques il y a quatre ans.

A cette époque, sans cause connue et sans qu'elle puisse accuser de son mal l'inspiration des vapeurs de charbon, sans influence appréciable sur sa respiration, elle s'aperçut d'étouffements reparaissant chaque fois qu'elle montait l'escalier. A la même époque, sans douleur et sans dérangement de la santé, se manifestèrent des vomissements glaireux revenant sans régularité à différentes heures de la journée, qui, après trois mois de durée, pendant lesquels la malade ne pouvait supporter que du café au lait, cessèrent à l'hôpital de la Charité.

Pendant les deux hivers suivants, 1844 et 1845, bien que la malade n'ait pas remarqué qu'elle fût plus enrhumée qu'antérieurement, se produisent des vomissements de sang rouge, liquide, spumeux, sans mélange d'aliments, succédant à de la toux et revenant surtout la nuit, quand la malade avait bien chaud. En même temps que ces hémoptysies, surviennent des épistaxis indépendantes de la menstruation qui, aussi abondante que de coutume, reste parfaitement normale jusqu'à il y a trois mois. Disparues chaque été, ces hémorrhagies ne se sont pas reproduites l'hiver dernier pendant lequel elle a pu vaquer à ses occupations, n'éprouvant que des étouffements, en montant les escaliers surtout, mais qui ne s'accompagnaient ni de bouffissure ni d'enflure.

C'est seulement il y a un mois que la malade remarqua que sa figure, jusque-là blanche, devenait bleuâtre et violacée en même temps qu'elle se tuméfiait; puis bientôt elle vit l'épaule droite d'abord, le bras correspondant ensuite, enfin les doigts, et ultérieurement les seins, partager cette tuméfaction qui en quatre jours devint considérable. Sous l'influence d'une saignée, de sangsues à l'anus et d'un purgatif, la teinte cyanique de la figure ainsi que la tuméfaction restée limitée aux parties supérieures sans envahir ni les jambes ni même la partie inférieure du tronc, diminuèrent, et la malade put reprendre en partie ses occupations; malgré les règles survenues le 20, après une suspension de trois mois, elle les continua jusque il y a deux jours. Alors, sans cause connue, la face

redevint violacée, et de nouveau se tuméfia, ainsi que le bras droit, les seins et la partie supérieure du tronc, qui prirent un volume tel, que les mouvements devinrent très-pénibles; mais ils restèrent assez faciles dans le membre supérieur gauche, pour que la malade, alitée depuis ces deux jours, ne se soit pas aperçue de la tuméfaction qu'il présente, et ne puisse préciser l'époque où elle a débuté, pour compléter l'état actuel suivant.

État actuel. La face, volumineuse, d'une teinte rosée, présente, ainsi que le cou, la partie supérieure de la poitrine, les seins, le bras droit, une tuméfaction assez considérable qui, par sa tension élastique, sa rénitence et sa dépressibilité dans un assez grand nombre de points à la pression du doigt, offre bien dessinés les caractères de l'œdème. Le membre supérieur gauche, moins tendu, moins volumineux que le droit (1 centimètre et demi de moins de circonférence), est cependant le siége d'un œdème assez bien marqué, surtout à la partie supérieure de l'avant-bras. Mais on trouve entre cet état des parties supérieures et celui des parties inférieures une différence bien tranchée ; ainsi le ventre, bien qu'il soit assez volumineux par l'abondance du tissu adipeux, ne présente pas trace de tension ni d'infiltration œdémateuse, et les membres abdominaux également ne sont le siége d'aucun œdème.

La respiration, bien que la malade ne se plaigne ni de point de côté, ni de suffocation proprement dite, assez haute, quelquefois incomplète, est notablement accélérée (32 inspirations). Cependant la poitrine est assez sourde en arrière et en avant, à droite et à gauche. A l'auscultation, le bruit respiratoire en arrière est faible, mais normal, quelques râles sous-crépitants à la base. En avant, la respiration est faible, mais normale à gauche, presque insensible à droite.

A la partie supérieure du sternum, on trouve une matité assez notable depuis la partie supérieure jusqu'au milieu. L'application de la main ne fait pas découvrir de battements dans cette région; ceux du cœur s'entendent dans le lieu ordinaire, difficilement à cause du volume du sein, et avec un caractère un peu sourd; mais en remontant le long du sternum supérieurement, ces battements deviennent plus distincts, et vers les articulations chondro-costales supérieures droites on entend les doubles battements du cœur assez superficiellement. Dans aucun point, il n'existe de bruit anormal ni voussures. Il n'existe également aucune différence notable dans les pulsations des deux artères radiales (84 pulsations), le pouls est assez petit et mou. A la partie supérieure du tronc, surtout à la partie antérieure de l'aisselle et partie supérieure de la poitrine, on trouve quelques veines superficielles assez dilatées. Les jugulaires, sans être apparentes, dessinent sous le doigt une corde un peu étendue.

Pas de céphalalgie ; intelligence nette ; ces trois derniers jours, tintements d'o-

reille, éblouissements ; intégrité des fonctions digestives, appétit. — Chiendent nitré ; saignée de 300 grammes.

Le 28 décembre. Œdème un peu diminué ; matité de la partie postérieure et supérieure droite de la poitrine ; on entend un peu d'expiration dans une étendue de deux travers de doigt ; les autres appareils sont dans le même état.

Le 31. Ce matin à cinq heures, elle a eu un frisson violent d'une heure de durée, non suivi de chaleur ni de sueurs ; puis assoupissement et ronflement. On parvient cependant à fixer l'attention de la malade, mais ses réponses sont incohérentes, pas de délire ni d'exclamations ; la face, violacée, est très-gonflée, ainsi que les mains très-tuméfiées et violettes ; râles sibilants et ronflants. Pouls petit, et fréquent (150 pulsations).

Le 1[er] janvier. Dans la journée d'hier, accablement, délire fugace ; le soir, l'œdème paraît augmenté ; la face plus bouffie, plus violacée encore ; les extrémités ont une teinte violette. Dans la nuit, délire, agitation considérable, alternant avec de l'assoupissement.

Ce matin, la malade paraît accablée, somnolente ; délire tranquille ; pupilles également dilatées ; rien d'appréciable du côté de la motilité ; la face est toujours violacée, mais moins bouffie qu'hier ; les extrémités supérieures sont aussi moins tuméfiées, et ont une teinte moins foncée ; mains assez froides ; pouls radial insensible. Mort à trois heures du soir.

Autopsie le 3 janvier, quarante et une heures après la mort.

Rigidité cadavérique très-prononcée ; la face est d'une couleur rouge lie de vin ; vergetures à la face antérieure du tronc, surtout au devant des aisselles sur le trajet des veines ; il en existe également aux aines ; rougeur violacée s'étendant jusqu'à la partie inférieure du cou.

Les parois pectorales, abdominales, sont recouvertes d'une couche énorme de tissu adipeux ; des adhérences nombreuses et assez lâches unissent le poumon droit à la plèvre ; dans la cavité pleurale droite, il existe environ un verre de sérosité qui refoule le poumon droit ; à la base du poumon on trouve une adhérence intime et très-ancienne.

Le médiastin antérieur et le péricarde sont recouverts d'une grande quantité de graisse ; immédiatement au-dessus du péricarde, on trouve une tumeur allongée, lobée, au milieu de laquelle passent les veines sous-clavière et jugulaire gauche ; elle est immédiatement accolée à la crosse de l'aorte, et à la partie inférieure de la trachée-artère, longue de 7 centimètre, large de 5 centimètres, épaisse de 1 centimètre 3 millimètres. A sa droite, et au milieu d'un paquet de graisse, chemine la veine cave supérieure qui, comme à l'ordinaire, se bifurque

sous la clavicule; elle descend à la partie interne du poumon, entre celui-ci et l'aorte, et avant d'arriver dans l'oreillette droite, elle traverse une masse de tissu cellulaire dense, résistant, criant sous le scalpel, et intimement adhérent à la tunique externe de la veine. Après avoir détaché le poumon, on trouve l'aorte et l'œsophage accolés ensemble et cheminant, comme dans l'état normal, à gauche de la trachée; celle-ci se bifurque comme à l'ordinaire, et dans l'angle de bifurcation, on trouve un ganglion bronchique noirâtre, de la longueur de 4 centimètres, situé immédiatement dans l'angle de bifurcation, et accolé à la paroi inférieure de la bronche gauche; ce ganglion est mou, renferme une grande quantité de matière noire, et est très-adhérent à la bronche. La face externe de la bronche gauche, le bord externe de ce ganglion, et le point d'origine de la veine cave supérieure, sont contenus dans une masse de tissu cellulaire dense, résistant, qui fait adhérer intimement ces trois parties entre elles, de façon qu'on ne peut les détacher qu'à l'aide du scalpel. Cette masse, qui a à peu près le volume d'une noix, est exclusivement formée de tissu cellulaire et de masse plastique.

En ouvrant la veine cave supérieure, on trouve les particularités suivantes: Du point de bifurcation de la veine cave supérieure, à son embouchure dans l'oreillette, il y a 10 centimètres; au confluent des veines innominées, le vaisseau mesure de 4 à 5 centimètres de largeur; plus bas, il n'a que 3 centimètres, et enfin, à son embouchure dans l'oreillette, 1 centimètre $1/2$; la partie supérieure de la veine cave, dans une étendue de 7 centimètres, est encore perméable, mais ses parois sont revêtues d'une fausse membrane dense, épaisse, intimement adhérente à la paroi veineuse, à laquelle elle donne une épaisseur de 3 à 4 millimètres; toute cette surface interne offre une couleur rouge très-foncée. A 4 centimètres du point où la veine s'abouche dans l'oreillette, elle est complétement oblitérée par un caillot noirâtre demi-organisé, offrant encore dans son épaisseur quelques noyaux noirâtres; ce caillot rougeâtre existe dans l'étendue de 1 centimètre $1/2$; plus bas, il devient d'un blanc jaunâtre, d'une couleur analogue à celle du pus, mais avec beaucoup plus de consistance. Tous ces caillots, rouges et jaunes, sont intimement adhérents à la paroi de la veine qu'ils oblitèrent complétement jusqu'à son embouchure dans l'oreillette, ouverture qui est remplacée par un cul-de-sac. L'oreillette droite est revenue sur elle-même; elle contiendrait à peine une noix; ses parois ont une épaisseur de 3 millimètres; les origines des veines qui s'y abouchent ont les dimensions de l'état normal; le ventricule droit est contracté, ses parois ont un peu plus d'épaisseur qu'à l'état normal. Rien de notable dans le cœur gauche.

La veine azygos chemine en sa place habituelle; elle est très-volumineuse;

dans le milieu de son trajet, nous trouvons qu'elle a 4 centimètres de circonférence; à son extrémité supérieure, elle a été ouverte, et je ne puis prendre sa mesure.

Les poumons sont assez volumineux; à l'incision ils donnent issue à une assez grande quantité de sérosité spumeuse, et légèrement sanguinolente à la base des deux côtés. La muqueuse bronchique est uniformément rouge; son épaisseur est en quelques points de 1 millimètre.

Cerveau. Le cuir chevelu est infiltré d'une assez grande quantité de sérosité transparente qui s'écoule à l'incision. A l'examen de la dure-mère, il s'écoule une assez grande quantité de sérosité, un verre environ; cette sérosité est assez transparente. Le cerveau est mou à l'incision, piqueté assez abondant; les ventricules sont médiocrement dilatées, et contiennent deux cuillerée de sérosité.

Abdomen. L'estomac et les intestins sont médiocrement remplis par du gaz. La muqueuse stomacale et intestinale est dans une parfaite intégrité; quelques matières fécales existent dans le gros intestin.

Dans ce fait, l'œdème, comme dans nos observations, est considérable, plus intense au bras droit qu'au bras gauche, accompagné d'une coloration violacée, remarquable, également bornée à la moitié supérieure du corps, et contrastant avec l'intégrité du membre inférieur. A la fin de la vie, mêmes symptômes cérébraux; mais aussi nous ne trouvons là ni cette subite apparition de l'œdème ni ces remarquables phénomènes d'auscultation sur lesquels nous avons tant insisté. Au contraire, les battements du cœur sont réguliers, normaux, et l'observation montre, d'une manière toute particulière, que, pendant la vie, le médecin était convaincu de la non-existence d'un anévrysme; c'est, en effet, par ces deux caractères spéciaux : apparition lente de l'œdème, absence complète des signes d'un anévrysme, que nous arrivons facilement au diagnostic de ces deux affections. Nous les retrouvons, en effet, dans la note suivante, que M. Barth présentait à la Société anatomique, en même temps qu'une oblitération de la veine cave supérieure (janvier 1853).

OBSERVATION VIII.

« Une femme de trente-six ans, accouchée il y a un an, ayant nourri son en-

fant, a souffert de nombreuses fatigues; elle a contracté une bronchite et présenté en même temps de la bouffissure de la face et de la cyanose des lèvres. On lui a pratiqué une saignée et appliqué un vésicatoire de chaque côté du thorax; n'éprouvant aucun soulagement, elle est entrée le 28 décembre à l'hôpital Beaujon. Quand nous la vîmes, la dypsnée était extrême, la face et les membres supérieurs légèrement œdématiés et cyanosés; les veines sous-cutanées des mêmes parties étaient développées; le pouls, presque insensible à droite, était très-petit à gauche. Par l'auscultation et la percussion, on constata un hydrothorax du côté droit. Une saignée fut pratiquée, et on prescrivit des antispasmodiques et des purgatifs; ces phénomènes persistaient lorsque la malade mourut subitement.

«A l'*autopsie*, on trouva la veine cave supérieure oblitérée par un caillot depuis son entrée dans l'oreillette droite jusqu'à l'origine des veines sous-clavières et jugulaires; autour d'elle, on ne trouva aucune apparence d'anévrysme, il y avait seulement une espèce de condensation du tissu cellulaire du médiastin antérieur. Les poumons présentaient plusieurs masses cancéreuses, surtout le gauche; le droit était comprimé par le liquide. Le péricarde, au niveau du bord antérieur du poumon gauche, la plèvre en plusieurs points, et le tissu musculaire du cœur lui-même, présentaient des plaques cancéreuses.»

Dans ces exemples, la veine cave est complétement oblitérée; examinons maintenant les cas où elle est comprimée soit par des ganglions tuberculeux, soit par quelque tumeur cancéreuse, ou enfin par un anévrysme. La compression de la veine cave supérieure, par des ganglions tuberculeux, se fait lentement et n'entraîne ordinairement que le développement et la turgescence des gros troncs veineux; quelquefois cependant elle produit un œdème des parties supérieures du corps, et même, quoique beaucoup plus rarement, une exhalation de sang dans la grande cavité de l'arachnoïde (Barthez et Rilliet, *Traité des maladies des enfants*, t. 3, p. 603); quelquefois cette compression peut aller jusqu'à déterminer l'oblitération complète du vaisseau (Tonnelé, *Journal hebdomadaire*, t. 5, p. 345; 1829). Mais dans ces cas, l'absence complète des signes fournis par l'auscultation des artères, les symptômes généraux de la phthisie, et par-dessus tout l'âge des malades, puisque cette altération si prononcée de gan-

glions ne s'observe guère que chez les enfants, ne doivent-ils pas prémunir le medecin contre toute erreur?

L'âge ne peut plus nous servir de guide dans les faits de compression par une tumeur cancéreuse; mais les deux faits que j'ai pu réunir nous fourniront d'autres éléments de diagnostic; l'un de ces faits a été présenté à la Société anatomique (mars 1854). Le second, que nous donnons en entier, a été recueilli par mon collègue et ami M. Magnac, alors interne de M. Piedagnel.

OBSERVATION IX.

Tumeur cancéreuse du poumon droit comprimant la veine cave supérieure; œdème des parties supérieures du corps et des membres thoracique. Mort.

R..., soixante-six ans, ouvrier en allumettes chimiques, demeurant à Paris, entré le 25 mai 1852 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 20; mort le 5 juin.

Le 26. Cet homme, petit, d'une maigreur très-prononcée, se plaint d'une toux qui le tourmente depuis longtemps, s'accompagne d'étouffement; en outre, il a la diarrhée depuis plus d'un mois. On ne peut obtenir d'autres renseignements à cause de sa prononciation allemande et de son peu d'intelligence.

Les deux avant-bras sont le siége d'un œdème douloureux soit spontanément, soit par la pression: cet œdème a débuté par les mains et s'étend maintenant jusqu'au coude. Également intense sur les deux faces du membre, auquel il donne une forme arrondie, il garde l'impression du doigt; la peau en ces points est d'un blanc légèrement mat. Les gros vaisseaux des bras n'offrent ni rougeur, ni induration, ni gonflement; les ganglions sus-épitrochléens et axillaires ont leur volume et leur indolence ordinaire; les articulations de la main et du poignet sont saines.

La partie inférieure du cou est le siége d'un œdème semblable, plus flasque, et n'existant que dans la demi-circonférence antérieure, ce qui est explicable par la différence de tissu des deux parties; du reste, là comme sur les membres, absence complète de cause locale. Les veines jugulaires, les ganglions sous-maxillaires, le corps thyroïde, les veines de la face, les os, etc., n'offrent aucune trace de lésion. La face n'est pas œdématiée; mais une légère suffusion séreuse des paupières supérieures et des parties latérales des joues annonce que ces parties seront prochainement le siége de l'œdème.

Le thorax tout entier, l'abdomen, la partie postérieure du tronc, les fesses, les bourses et les membres pelviens, n'offrent pas trace d'œdème. Le malade, pressé de questions, dit que ses jambes ont été enflées, mais qu'un pédiluve aurait fait disparaître cet œdème, qui n'existe plus et ne s'est pas montré un instant jusqu'à la mort.

La poitrine présente la conformation peu marquée des poitrines emphysémateuses; une voussure notable existe en avant et à gauche depuis la clavicule jusque vers la cinquième côte, sans saillie analogue dans le même point à droite. En arrière, les omoplates des deux côtés paraissent soulevés par une dilatation des organes thoraciques; mais on peut attribuer cette déformation, peu marquée d'ailleurs, à l'âge du malade, qui est un peu voûté. D'ailleurs la percussion de ces parties postérieures de la poitrine donne une sonoréité beaucoup moindre que celle qu'on obtient en avant et à gauche, dans le point cité plus haut, où le son est presque tympanique. L'auscultation donne en avant à gauche un défaut complet d'expansion pulmonaire, en arrière à droite et à gauche une expansion faible, limitée, avec des râles sous-crépitants, nombreux, quelquefois sibilants et mêlés de gros râles muqueux. Les derniers signes de l'emphysème sont plus marqués à gauche, et surtout en avant, qu'à droite; mais l'auscultation de la partie antérieure droite du thorax appelle surtout l'attention. Cette partie, à la percussion, est légèrement matte en haut, sous la clavicule; en descendant de cette région, et se dirigeant vers un point situé à la jonction du tiers inférieur avec le tissu moyen du sternum, la matité ne fait qu'augmenter, et de même en arrivant transversalement des parties latérales droites du sternum, à trois travers de doigt à peu près au-dessous de la clavicule, et limitée par une ligne courbe qui irait tomber un peu en dedans du mamelon, une surface de trois ou quatre travers de doigt carrés dans laquelle on obtient une matité complète, matité qui va se continuer en dedans et en bas avec celle du cœur.

L'auscultation donne en haut, sous la clavicule, une expansion rude, légèrement soufflée, avec quelques gros râles muqueux; plus bas, l'expansion pulmonaire s'efface peu à peu, et disparaît complétement vers la quatrième côte, en dedans du mamelon; en dehors, elle est médiocre, comme en haut, et mêlée de râles très-humides peu significatifs.

Le cœur est petit, à faible impulsion, sans bruits anormaux d'aucune espèce, sans irrégularité ni dans le rhythme ni dans la force d'impulsion. Le pouls est médiocre, 80 à 90.

La dyspnée est intense, surtout le soir et la nuit; mais, en dehors de cette différence d'intensité habituelle, elle n'offre ni exaspération brusque, notable,

ni accès ; elle durait depuis plusieurs années, au dire du malade, ce qui, du reste, se rapporte assez bien à l'état emphysémateux du poumon. La toux est médiocrement fréquente, sans quintes; elle détermine une expectoration catarrhale, muqueuse, parfois filante, avec quelques crachats formés d'un muco-pus blanchâtre.

La région des reins, explorée au palper, n'est pas douloureuse. Les urines sont rares, troubles, et précipitent en blanc par l'acide nitrique. Le malade n'a jamais eu d'hématurie. Le ventre est légèrement ballonné, sans douleurs. Une diarrhée abondante, non douloureuse, sans ténesmes, sans hémorrhagies, existe depuis plus d'un mois. Inappétence, dégoûts, ni nausées, ni vomissements. Langue large et saburrale.

L'état d'atonie des fonctions digestive et circulatoire est en rapport avec la flaccidité des tissus et la pâleur de teinte générale du malade, mais il n'y a aucune trace, dans l'état général, d'une cachexie spéciale. — Gomme sucrée, julep gommeux ; 2 demi-lavements laudanisés; une portion.

Le 28, même état; l'œdème des avant-bras offre plus de tension, il s'élève graduellement depuis l'entrée du malade et a dépassé aujourd'hui l'articulation du coude. L'œdème du cou est aussi plus marqué; il a envahi les parties inférieures de la face, les paupières et la région antéro-supérieure du thorax. L'abdomen et les membres inférieurs continuent d'en être exempts. Les urines sont plus rares, d'un rouge foncé; elles ont déposé pendant la nuit une matière blanchâtre, floconneuse, analogue au dépôt albumineux, mais plus blanche et plus laiteuse. Les signes stéthoscopiques n'ont pas varié, un peu de matité en arrière et en bas des deux côtés. — Même traitement.

Le 29. La diarrhée est à peu près supprimée, mais l'inappétence est complète. La dyspnée et la toux sont plus intenses, l'expectoration plus abondante et présentant les mêmes caractères. La matité signalée en avant et à droite est toujours la même, et au-dessus, dans les points où elle n'était pas dès le début, elle est plus marquée; le souffle léger qui l'accompagnait dans les premiers jours est aussi plus intense. Les parties postérieures offrent une matité notable dans la moitié inférieure, avec un râle sous-crépitant qui annonce que l'œdème envahit la partie inférieure des deux poumons. — Gomme sucrée, potion tonique; lavements opiacés; 2 bouillons, 2 potages.

Cet état persiste et ne fait qu'augmenter pendant les jours suivants. Le 2 juin, le malade est dans la prostration, la dyspnée est des plus intenses; la toux est peu abondante, passive, l'expectoration insignifiante; l'œdème a envahi les bras, les épaules, le cou et toute la face ; les extrémités, surtout les mains et la face, sont légèrement cyanosées; l'œdème des poumons s'élève dans toute la

partie postérieure et sur les parties latérales; la matité de ces régions est complète et s'accompagne de gros râles muqueux, avec une expansion presque nulle; pas d'œdème des parties inférieures du tronc ni des membres inférieurs; le pouls, qui, pendant les premiers jours, était assez résistant, est aujourd'hui fébrile, misérable, à 100, 110. — Même traitement.

Le 3 juin. L'asphyxie lente qui s'est traduite les jours précédents continue; pouls petit, à 110, 120; respiration courte, saccadée, presque stertoreuse (27 à 30 par minute). Le malade n'est plus en rapport avec le monde extérieur; cet état sans changement dans l'œdème persiste jusqu'à la mort du malade, le 5 juin.

Autopsie faite trente-huit heures après la mort.

L'œdème décrit pendant la vie sur les membres thoraciques, la partie supérieure du thorax, sur le cou et la face, contraste avec l'état de l'abdomen, du scrotum et des membres pelviens, qui n'offrent pas trace d'infiltration.

A l'ouverture de la poitrine, on trouve dans le poumon droit, dans la partie inférieure, antérieure et interne de son lobe supérieur, une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de poule, faisant partie, par sa face externe, du tissu pulmonaire, appuyée, par sa face inférieure, sur la bronche droite, et sur son origine, par sa face interne, sur la terminaison de la trachée, donnant en arrière, par sa face postérieure, dans le médiastin postérieur, et en avant par sa face antérieure, derrière le sternum, soulevant et repoussant, en avant et en dedans, dans une étendue de 4 à 5 centimètres environ, la veine cave supérieure, qui traverse en diagonale, de bas en haut, la partie antérieure et externe de la tumeur.

La veine cave supérieure, ainsi repoussée en avant et en dedans, est comprimée de manière à n'offrir, à partir de 2 centimètres environ de son insertion au cœur, qu'un calibre moitié moindre à peu près de celui qu'elle offre ordinairement. Ce rétrécissement, commençant au point que je viens de dire, n'est pas tout d'abord à son maximum; il augmente peu à peu, et le calibre de la veine se rétrécit peu à peu en entonnoir jusqu'à 5 centimètres à peu près de l'origine du vaisseau où il offre à peine le calibre d'une petite plume d'oie; plus haut, au-dessus de la tumeur, la veine reprend son calibre normal, et reçoit les insertions des veines qui la constituent; le calibre de la veine n'est donc que rétréci; il n'y a pas d'oblitération complète, et dans ce point rétréci elle ne contient même pas de caillots, la lumière du vaisseau est parfaitement conservée; ses parois lisses, sans altération, à l'exception de la paroi externe qui paraît amincie et ramollie, mais sans solution de continuité, sont plissées en long par la compression et offrent la même largeur, lorsqu'on les déploie, la veine étant ouverte, que si ce

vaisseau n'était pas comprimé ; les parois sont libres de la tumeur, qui, du reste, est très-peu consistante, et n'y adhèrent nullement, excepté en dedans.

L'insertion de la grande veine azygos, située au-dessous du point de compression de la veine cave par la tumeur, est parfaitement libre et perméable, ce qui explique l'absence d'œdème des parties inférieures.

La tumeur est diffluente, blanchâtre, et présente tous les caractères de l'encéphaloïde ramolli ; ses couches extérieures, plus denses que les couches profondes, tranchent parfaitement avec le tissu pulmonaire environnant. Ce tissu, condensé, d'un rouge noirâtre, forme autour de la tumeur une couche de 1 centimètre environ ; au delà, le tissu pulmonaire, flasque, spumeux, infiltré d'une assez grande quantité de sérosité, présente tous les earactères de l'œdème pulmonaire.

Un autre foyer cancéreux, du volume d'une grosse noix, existe en dehors, dans la partie supérieure du lobe inférieur. Ce foyer, encore consistant, homogène, d'un blanc pâle, n'offre pas le même degré de développement que le foyer précédent. Plusieurs autres petites masses cancéreuses, au nombre de sept ou huit, parsemées dans la substance du poumon gauche, présentent le volume d'une noisette pour la plupart. Un œdème considérable occupe le reste du tissu pulmonaire des deux côtés.

Les cavités pleurales des deux côtés renferment une grande quantité de sérosité citrine, sans fausses membranes, sans traces d'inflammation de la séreuse.

Le foie présente le long de son bord tranchant trois masses eneéphaloïdes ; le tissu hépatique est réduit en un putrilage rougeâtre, saignant, très-friable.

Les deux reins sont parsemés chacun de sept ou huit petites masses eancéreuses du volume d'un pois, quelques-unes un peu plus grosses, placées les unes dans la substance corticale ou entre cette substance et les bases des pyramides de Malpighi, les autres dans la substance tuberculeuse, entre les faiseeaux des pyramides. Ces petites masses offrent divers degrés de ramollissement. Les caliees des deux côtés, les deux bassinets, les uretères, la vessie, n'offrent pas de substance cancéreuse. La rate est réduite en une boue noirâtre, coulante, sans foyers cancéreux isolés.

Le cœur, petit, à parois minces et pâles, à orifices sains, est normal. L'estomac, le tube intestinal, le cerveau, ne présentent aucune lésion.

Dans ces deux faits, l'œdème s'établit lentement, peu à peu, les veines sont peu dilatées; la teinte violacée ne survient qu'après quelques jours, elle est très-faible; l'œdème à la vérité n'occupe que la

partie supérieure du corps; la percussion permet de constater une matité sous la clavicule droite au bord du sternum, mais là aucun signe stéthoscopique d'une lésion artérielle, les bruits du cœur et des gros vaisseaux complétement normaux. Nous trouvons donc encore dans ces faits un critérium sûr dans nos deux symptômes réunis: apparition brusque et rapide de l'œdème borné à la moitié supérieure du corps, et signes stéthoscopiques.

Ces derniers nous font malheureusement défaut, au moins partiellement lorsqu'un sac anévrysmal comprime la veine cave supérieure, et détermine un œdème de la partie supérieure du tronc, comme dans l'observation suivante, publiée par M. le Dr Reynaud (*Journal hebdomadaire de médecine*, 1829, p. 110).

OBSERVATION X.

Oblitération presque complète de la veine cave supérieure, par suite de la pression exercée sur elle par un anévrysme de l'aorte; développement d'une circulation veineuse collatérale ; compression de l'une des bronches ; modifications particulières de la voix ; rupture de l'aorte vers son origine; épanchement de sang dans le pericarde. Mort subite.

Antoine Cheminon, couché au n° 13 de la salle Saint-Louis, y mourut dans la nuit du 26 au 27 octobre 1827. C'était pour la cinquième fois, depuis quatre ans, qu'il venait chercher des secours à l'hôpital. Autrefois soldat de marine, il avait joui d'une bonne santé; retiré du service, il devint commissionnaire, et très-souvent fut obligé de porter de lourds fardeaux. Un fait qu'il importe de noter, c'est qu'il était très-porté au coït, et que pendant longtemps il s'y livrait trois fois chaque nuit. Quatre ans auparavant, il avait éprouvé d'assez violentes palpitations vers le sein droit, et ce fut une année après qu'il entra pour la première fois à l'hôpital. J'étais alors élève externe dans le service de M. Lherminier, et j'eus occasion de l'examiner avec soin : il portait une tumeur vers le haut du sternum, que l'on regarda comme un anévrysme de l'aorte. Cette tumeur était le siége de battements très-sensibles à la main; le malade ressentait de la douleur lorsqu'on la comprimait, et l'oreille, au moyen du stéthoscope, y percevait un double battement, très-distinct de celui qui avait lieu dans la région du cœur; il resta peu de temps à l'hôpital. Revenu dans le même service, vers le mois de septembre 1827, je le reconnus facilement pour le malade chez lequel

nous avions constaté autrefois l'existence d'un anévrysme de l'aorte ; mais, chose remarquable, la tumeur, loin d'avoir fait des progrès, avait au contraire beaucoup diminué, et il ne restait plus qu'une saillie régulière, qu'on aurait pu prendre pour un léger vice de conformation du sternum ; la main ne percevait aucun battement ni bruissement. Persuadé qu'il avait existé une tumeur anévrysmale, nos recherches furent dirigées dans le but d'en découvrir les signes.

Le sternum présentait une légère voussure. La percussion donnait, dans ce point, une matité très-grande ; en arrière, dans le point correspondant, le son était plus obscur qu'il ne l'est d'ordinaire. Les battements du cœur s'entendaient dans le lieu accoutumé, mais faiblement ; vers la partie supérieure du sternum, un double battement se faisait aussi entendre, mais plus fort et moins éloigné des parois du thorax.

Les veines du cou étaient gonflées, la jugulaire du côté gauche offrait, à sa partie inférieure, un renflement bleuâtre, dans lequel la circulation paraissait se faire très-lentement ou même nullement. Les veines des épaules, et en particulier celles du côté droit, étaient très-développées, sinueuses ; elles formaient sur les parties latérales de la poitrine, des anastomoses multipliées, auxquelles se joignaient quelques veines du bas-ventre, et en particulier l'épigastrique. Cette circonstance nous fit penser que la circulation des parties supérieures n'avait lieu que difficilement par la veine cave supérieure, et qu'elle s'opérait surtout au moyen de la veine cave inférieure et de l'azygos. L'anévrysme ayant cessé de faire des progrès en avant, s'était-il développé en arrière, et la tumeur exerçait-elle une compression plus ou moins forte sur les parties environnantes ? La circonstance de cette circulation veineuse collatérale tendait à le faire croire.

Il devenait important, dans cette supposition, de constater les modifications survenues dans la résonnance de la voix, par suite de la compression de la trachée et des bronches, modifications qui étaient très-remarquables ; il existait une espèce d'égophonie très-sensible ; celle-ci différait de l'égophonie ordinaire, parce qu'elle était moins saccadée, et qu'elle avait lieu plus près de la surface du thorax.

Il existait d'ailleurs une bouffissure très-marquée de la face ; le malade était obligé de se tenir toujours presque assis sur son lit, couché sur le côté droit et incliné un peu en avant. Il dormait peu, son sommeil était pénible, sa respiration ronflante ; son aspect rappelait celui d'un homme dont le cou est fortement serré ; la voix était modifiée d'une manière notable. La parole était difficile quand il exerçait quelques mouvements : ainsi il ne parlait qu'avec peine lorsque ses bras étaient élevés. Une légère surdité s'était manifestée, et un léger rhume donnait lieu à une toux pénible. Le jour qui précéda sa mort, il n'offrit rien de remarquable ; il mourut subitement pendant la nuit.

Autopsie.

Une tumeur du volume des deux poings existait derrière le sternum, et était adhérente à l'aorte; cette tumeur était constituée par un énorme sac anévrysmal, situé à la partie antérieure de l'aorte ascendante, avant que celle-ci ait fourni aucune branche. Le sac se couvrait en partie du péricarde, dans la cavité duquel il faisait saillie. Cinq à six onces de sang, dont la plus grande partie formait un coagulum enveloppant le cœur de toute part, étaient épanchées dans l'intérieur du péricarde. Il était évident qu'une rupture avait eu lieu ; elle existait sur la portion du sac qui se voyait dans l'intérieur du péricarde, elle était étroite et d'environ un demi-pouce de longueur. Le cœur était déjeté à gauche, et n'avait pas augmenté de volume; mais les parois du ventricule gauche étaient notablement hypertrophiées; il n'existait aucun obstacle aux orifices. La poche anévrysmale était formée par une membrane assez mince, dont la structure avait quelque analogie avec celle des artères; cependant on pouvait voir assez distinctement, au moins dans une assez grande étendue, une délimitation précise entre le sac et le bord de la solution de continuité de l'artère. Une grande masse de fibrine, déposée par couches concentriques, existait dans la tumeur et en oblitérait en grande partie la cavité; le coagulum qui en résultait n'était pas très-adhérent aux parois du sac, et s'en détachait avec facilité : c'était à l'endroit où la masse fibrineuse commençait à tapisser les parois du sac, qu'existait la rupture de ce dernier.

Les rapports de la tumeur étaient les suivants : en devant, son adhérence était très-grande avec le sternum qu'elle avait déprimé; sur les côtés, les poumons le recouvraient en grande partie; en bas, elle correspondait au cœur; en haut, elle était libre et correspondait au sternum qui s'accommodait à sa convexité; en arrière, elle comprimait un peu les artères qui partent de la crosse de l'aorte.

État de la veine cave supérieure. Située en arrière et à droite de la tumeur, elle était aplatie, et un caillot fibrineux l'obstruait en grande partie, toutefois laissant un passage pour qu'une petite colonne de sang pût encore parvenir à l'oreillette droite, là où se terminait le caillot, c'est-à-dire à 1 pouce environ de son insertion à l'auricule, les parois de la veine étaient tellement rapprochées, qu'elles avaient contracté des adhérences, en sorte que, si l'on cherchait à introduire le manche d'un scalpel, on était arrêté par des brides qui existaient dans la presque totalité, excepté dans un point où une sonde de femme pouvait pénétrer; ces brides n'étaient point telles que peuvent en produire des fragments de fibrine se portant d'un point de la paroi à l'autre : mais elle étaient très-bien organisées

et d'une texture analogue aux brides celluleuses qui unissent dans quelques circonstances le poumon à la plèvre costale.

État de la veine pulmonaire. Par sa position elle échappait à la compression; dans son intérieur on ne voyait pas de caillots propres à faire penser que le passage du sang y eût été empêché d'une manière notable.

État de l'artère pulmonaire. Celle-ci, située entre la veine cave dans le point où elle était le plus comprimée et la bronche droite, qui était aplatie dans cet endroit, avait cependant sa cavité libre; cette circonstance est importante, et semble prouver l'incompressibilité d'un gros tronc artériel dans lequel le sang est poussé avec force.

État de la bronche droite. Celle-ci était comprimée d'une telle manière qu'elle conservait une forme aplatie lors même qu'on soulevait la tumeur anévrysmale; les extrémités des arceaux, au lieu de se terminer à angle droit sur le tissu membraneux qui forme le paroi postérieure du conduit bronchique, se déjetaient en arrière et formaient eux-mêmes une partie de cette paroi postérieure; de plus, au lieu de présenter leur convexité antérieurement, ils la présentaient en sens inverse, en sorte que la cavité de la bronche se trouvait diminuée d'autant; ce vice de forme des arceaux cartilagineux était accompagné de leur élargissement à un point notable.

État de la colonne vertébrale. Au premier aspect, on eût dit qu'à droite, elle présentait une déviation assez prononcée. Le corps des vertèbres dorsales, dans les points correspondant à la tumeur, était, du côté droit, comme enfoncé; il en résultait une courbure latérale dont la concavité regardait à droite; mais cette déviation n'était qu'apparente, elle était due uniquement au refoulement des parties qui constituent le corps des vertèbres, sans que la direction de leur axe fut changée en aucune manière.

Structure du sac anévrysmal. Une coupe perpendiculaire ayant été faite sur la tumeur, jusque dans l'intérieur du sac, on vit les objets suivants : l'aorte dilatée contribuait à former le commencement du sac; mais, à la hauteur de quelques lignes, il n'était plus possible de suivre ces tuniques dans les parois de la poche; la tunique moyenne cessait brusquement, et se continuait avec une autre membrane qui avait bien quelque apparence d'une texture semblable à la sienne, mais qui en différait cependant, et qu'il était aisé de reconnaître pour une membrane d'une nature tout à fait accidentelle. Celle-ci existait dans toute l'étendue de la poche; sa texture était fibreuse, d'un jaune grisâtre, parsemée de points d'un jaune plus prononcé, dans lesquels la structure de la membrane moyenne des artères était un peu plus marquée. En dehors, elle était doublée par du tissu cellulaire épaissi et dense, faisant suite à la gaîne celluleuse de l'aorte; sa

face interne paraissait tapissée par une membrane lisse dans tous ses points, excepté dans ceux où elle adhérait assez fortement aux couches fibrineuses contenues dans la tumeur anévrysmale.

La disposition du coagulum présentait plusieurs circonstances importantes à noter ; sa quantité était telle, que le sac en était presque entièrement rempli ; il formait une espèce de demi-sphère un peu concave du côté de l'aorte, et dont les bords venaient se terminer vers le pourtour du col du sac, sans y adhérer d'une manière très-intime. Les couches de fibrine qui entraient dans sa composition étaient en moins grand nombre et beaucoup moins épaisses ; leur disposition est très-remarquable : elles formaient une série de couches concentriques, distinctes les unes des autres ; non-seulement ces couches étaient ainsi disposées, mais encore leur épaisseur était à peu près la même partout ; et, dans chacune, on pouvait distinguer une partie d'un blanc jaunâtre, de texture sèche, un peu filamenteuse, et rappelant, mais d'une manière éloignée, celle de la membrane moyenne des artères ; l'autre, plus humide, de couleur rougeâtre ; cette dernière était en même temps plus épaisse. Celle qui était la plus voisine du vaisseau était tapissée par de la fibrine à demi coagulée et encore rouge.

Les autres organes n'offrirent rien qui nous ait paru alors digne d'être noté.

Dans ce fait, les symptômes stéthoscopiques ont malheureusement été négligés ; mais quand même ils eussent été bien observés, il eût été sans doute difficile de s'appuyer sur cette distinction pour établir le diagnostic. L'existence d'un anévrysme était certaine. Comprimait-il seulement ou avait-il perforé la veine cave supérieure ? La gêne de la circulation dans la partie supérieure du corps était évidente ; la bouffissure toutefois n'existait qu'à la face ; les veines étaient dilatées, formaient de gros cordons bleuâtres ; la circulation s'y faisait très-difficilement. Ces phénomènes indiquent bien que l'obstacle à la circulation était venu lentement, peu à peu, et avait donné le temps aux vaisseaux de se distendre, et cette lenteur dans l'apparition des phénomènes, et leur intensité médiocre, opposées à leur manifestation brusque portée au maximum dès le début, semblent être les meilleurs éléments du diagnostic. De plus, si l'anévrysme se fût ouvert dans la veine cave, on aurait constaté facilement, dans ce cas, le gonflement manifeste des jugulaires à chaque

pulsation, accompagné de frémissement le long de ces vaisseaux, ce qui n'a pas eu lieu. Mais il faut bien reconnaître que ce signe n'a pas toute la valeur qu'on serait tenté de lui attribuer, car, d'un côté, l'œdème peut être assez prononcé pour empêcher de le percevoir, et, de l'autre, le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit avec inocclusion de la valvule triglochine le produit presque constamment. Cette lésion à elle seule ne saurait être une cause d'erreur, puisqu'elle produit un œdème général; mais si elle venait compliquer quelque affection entraînant la compression de le veine cave supérieure, le diagnostic pourrait alors devenir extrêmement difficile, et la brusque apparition des symptômes en serait peut-être alors la seule base.

Ces pulsations des veines peuvent en effet facilement induire en erreur, et nous ne saurions en donner de meilleure preuve que l'observation suivante :

OBSERVATION XI.

Rupture complète de l'aorte à 3 centimètres de son origine; anévrysme disséquant s'ouvrant dans l'aorte thoracique et dans la carotide interne du côté gauche. Mort; autopsie.

A... (François-Philippe), âgé de cinquante-deux ans, homme assez petit, cheveux bruns, yeux bleus, système musculaire peu développé, entre à la Charité le 8 mai 1853 dans le service de M. Briquet, salle Saint-Louis, 14. Son père et sa mère, d'une bonne santé, n'ont présenté aucun symptôme de maladie du cœur. Il a toujours été doué d'une bonne santé pendant son enfance; a servi pendant huit ans comme tambour dans la garde royale et est sorti du service à vingt-huit ans. A cette époque, il était d'une bonne santé, n'avait ni battements de cœur, ni essoufflement, ni oppression, et faisait facilement son service. Peu sujet aux excès de boissons, il a été très-porté aux excès vénériens, n'a contracté qu'une blennorrhagie pendant qu'il était au service, n'a jamais eu ni chancres ni bubons, n'a eu ni fluxions de poitrine ni rhumatismes. En sortant du service, il a été successivement coiffeur, puis cordonnier pour dames, et n'a eu à souffrir de privations que depuis quelques années qu'il est malade.

Il n'avait jamais présenté aucun symptôme de maladie du cœur, lorsqu'en 1842

il a été pris, dans la rue et sans aucun phénomène précurseur, d'un étourdissement, est tombé sans connaissance et a été rapporté chez lui; là il a eu un vomissement non sanguinolent; il avait la face violette, était très-oppressé et semblait près d'étouffer. On lui a fait une ou deux saignées, et appliqué un vésicatoire, puis des cautères à la région précordiale; depuis ce temps, il est sujet à des battements de cœur, à de l'oppression, à de fréquents vertiges sans perte de connaissance ni défaillance complète, et ne peut se livrer à aucun travail fatigant. Deux ans après cet accident, il commença à s'apercevoir de battements très-forts dans la carotide gauche.

Il entra une première fois, le 30 août 1852, à la Charité, dans le service de M. Briquet. A cette époque, la dyspnée était très-notable; le cœur, très-hypertrophié, présentait un bruit de souffle au second temps derrière le sternum, des battements très-forts dans la carotide gauche, très-visibles à cause de la locomotion de cette artère, et l'on crut à une dilatation de l'aorte avec insuffisance des valvules. Le malade, un peu moins oppressé après un séjour d'un mois à l'hôpital, sortit pour reprendre ses travaux; mais il n'a jamais pu le faire qu'assez irrégulièrement.

En décembre, ses membres inférieurs commencèrent à s'œdématier, et depuis février la dyspnée a notablement augmenté; c'est ce qui l'a déterminé à entrer le 8 mai salle Saint-Louis, n° 14, dans le service de M. Briquet.

État actuel. Le malade est obligé de rester assis, le tronc et la tête penchés en avant; le décubitus dorsal lui est impossible; il suffit même qu'il cherche à se redresser pour être pris brusquement de suffocation. La face est pâle et blême, la tête agitée par chaque battement du cœur, qui lui imprime un mouvement très-pénible pour le malade; l'intelligence est parfaitement conservée, la mémoire très-affaiblie, à tel point que le malade s'en aperçoit lui-même. La langue est humide, l'appétit conservé, les digestions faciles; pas de diarrhée, soif presque nulle; les urines, peu abondantes, sont rougeâtres, et, par le refroidissement, se troublent et donnent un dépôt salin considérable, complétement soluble dans l'acide nitrique. Le cou est constamment agité par chaque battement artériel; les battements de l'artère carotide droite sont bien sensibles, et l'auscultation fait entendre un bruit de souffle faible au premier temps, fort et long au second temps. A gauche, le battement de l'artère carotide est tellement fort qu'il soulève complétement le muscle et est visible dans toute son étendue; la compression de cette artère fait évanouir le malade, phénomène qui ne se reproduit pas du côté droit. Les phénomènes stéthoscopiques ne diffèrent de ceux du côté droit que par leur intensité; le malade fait remonter à huit ans ces battements de l'artère carotide gauche qu'il connaissait avant que nous les lui ayons fait remarquer.

La poitrine est très-amaigrie, les espaces intercostaux bien dessinés des deux côtés. A gauche, la matité commence à la troisième côte et descend jusqu'à la septième; transversalement elle ne dépasse pas le sternum à droite, mais s'étend à gauche dans une étendue de 12 centimètres. A chaque systole, on voit une secousse brusque, qui soulève la région précordiale et imprime le même mouvement aux parois abdominales; cette secousse se propage à tout le tronc et à la tête.

A l'auscultation, on entend les battements forts, assez réguliers, sans intermittence régulière, et, au niveau du cœur ainsi que tout le long du sternum, un bruit de souffle léger au premier temps, et au second temps un bruit de souffle plus fort et assez long, dont le maximum d'intensité est difficile à déterminer, mais existe cependant le long du sternum. Dans l'aisselle gauche, on retrouve les mêmes bruits plus faibles et peu modifiés; on les entend très-distinctement tout le long de la colonne vertébrale dans sa portion thoracique. Le pouls est à 90, ondulant et redoublé.

La percussion de la poitrine est sonore : à l'auscultation, on entend en avant, des deux côtés, des râles sibilants et ronflants dans toute la hauteur du poumon, et, en arrière, des râles sibilants et ronflants dans les deux tiers supérieurs, et dans le tiers inférieur des deux côtés, du râle sous-crépitant très-humide; la voix, faible par elle-même, n'est pas retentissante.

L'abdomen est volumineux, mais souple: dans sa partie inférieure on sent un peu de fluctuation, et de la matité dans une hauteur de 4 à 6 centimètres. Les jambes et les cuisses sont le siége d'un œdème énorme; la peau est rouge et distendue, l'épiderme fendillé; la pression du doigt est douloureuse et laisse une empreinte qui persiste pendant quelque temps. Les bourses sont légèrement infiltrées.

Le malade dans cette position souffre peu, il est seulement très-faible; le moindre mouvement lui cause une dyspnée extrême; le décubitus horizontal est impossible; dès qu'on le force à le prendre, il est étouffé, a des étourdissements et des vertiges.

Pendant la durée de son séjour à l'hôpital, du 8 mai au 15 juin, le malade est soumis à l'emploi de la digitaline, que l'on a successivement portée jusqu'à la dose de 3 granules par jour, et à l'emploi d'un vin diurétique (composé de vin blanc, 1,000 grammes, jalap et scille, de chaque, 4 grammes, nitrate de potasse, 15 gr.) qui a été donné d'abord à la dose de 3 cuillerées, puis successivement porté à celle de 6 cuillerées, et a amené une diurèse très-manifeste du 22 au 30 mai : le malade, ne buvant que 1100 grammes de liquide par jour, a constamment uriné 2 à 3 litres, et le 30 juin il n'y avait plus aucune trace d'œdème. A cette époque,

le malade, qui se levait un peu depuis quelques jours, prit une pleurésie peu étendue du côté gauche, qui fut traitée par l'application de vésicatoires; l'œdème des jambes reparut peu à peu, et disparut sous l'influence du même diurétique.

Le 16 juin, le malade n'ayant plus ni œdème des membres inférieurs ni pleurésie, voulut sortir; les symptômes stéthoscopiques du cœur et des gros vaisseaux n'avaient point changé, la dyspnée n'avait que peu diminué, et le décubitus horizontal était toujours impossible.

A peine était-il sorti que l'œdème des jambes reparut, et bientôt l'aggravation des autres symptômes le força à rentrer dans notre service le 30 juin.

A son entrée, le malade est assis dans son lit, penché en avant; les yeux sont saillants, la face comme les extrémités supérieures sont pâles et décolorées; les veines de la face et du cou sont un peu turgides; la respiration est haute et pénible; les battements de l'artère carotide gauche sont toujours aussi forts.

La percussion de la poitrine est sonore en avant et à droite jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon; à gauche, jusqu'à la troisième côte. De ce point jusqu'à la septième côte, elle est mate transversalement dans une étendue maximum de 14 centimètres; la pointe du cœur bat à quatre travers de doigt au-dessus et en dehors du mamelon.

La respiration est vésiculaire et sans râle en avant; à gauche, on ne l'entend que jusqu'à la quatrième côte. En arrière, la respiration et vésiculaire au sommet des deux côtés; on perçoit à droite du râle sous-crépitant très-abondant dans les deux tiers inférieurs; à gauche seulement, dans le tiers moyen; dans le tiers inférieur, il n'y a ni bruit respiratoire, ni râle, ni retentissement de la voix, et le son, à la percussion, est complétement mat.

A l'auscultation du cœur, bruit de souffle au premier temps assez court, et au second temps bruit de souffle fort et long ayant tous deux leur maximum de la cinquième côte à la partie supérieure du sternum et se prolongeant dans les deux carotides, plus intenses seulement du côté gauche; à la pointe du cœur ces bruits ont conservé les mêmes caractères, mais avec beaucoup moins d'intensité. Les battements du cœur sont très-forts, irréguliers et soulèvent en masse la paroi précordiale; cette impulsion se communique au tronc et à la tête. Il n'y a aucune voussure à la région précordiale, et les espaces intercostaux sont très-nettement dessinés.

L'abdomen est un peu volumineux, et à la partie inférieure on perçoit une fluctuation très-manifeste, et une matité complète dans une hauteur de 10 centimètres environ; les membres inférieurs sont très-œdématiés; la peau est rougeâtre et érysipélateuse, les bourses sont très-infiltrées.

L'oppression est extrême, l'appétit faible, les digestions faciles, la sécrétion urinaire presque nulle, l'urine présentant toujours les mêmes caractères.

On prescrit *tisane de pariétaire avec nitrate de potasse,* 1 gramme; vin de Bordeaux, 200 grammes; vin diurétique, 45 grammes.

20 juillet. Depuis quelques jours le malade est de plus en plus oppressé, le soir surtout, ses forces ont notablement diminué, et il lui est impossible de se lever; l'œdème des membres inférieurs a complétement disparu; il n'y a plus d'expectoration, la respiration est vésiculaire; seulement à droite en arrière on trouve à la base quelques bulles de râle sous-crépitant. Mais cette nuit il a eu un délire peu bruyant mais continu, et ce matin ses phrases sont encore peu coordonnées; les battements du cœur sont presque tumultueux; on retrouve encore, mais moins distinctement, les mêmes signes stéthoscopiques.

L'appétit et la soif sont nuls; le pouls assez fort et redoublé est à 104 pulsations; ces phénomènes persistent en augmentant jusqu'au 25 juillet avec augmentation du délire et de l'oppression.

Le 26 juillet, le malade ne délire plus, il est calme, mais très-faible et ne peut parler qu'à grand'peine; il est assis penché en avant, la face est pâle, mais néanmoins sur elle, sur le cou et les bras, les veines apparaissent comme de gros cordons bleuâtres dans lesquels la circulation se fait à peine, car on peut les comprimer sans qu'elles s'affaissent notablement au-dessous du siége de la compression; les muqueuses buccales et nasales sont violacées; les veines ne se dessinent pas ainsi sur l'abdomen, ni sur les membres inférieurs; là l'œdème a seulement un peu augmenté; les battements du cœur sont encore assez forts, tumultueux, un peu plus sourds.

Le point précis où bat la pointe du cœur est difficile à déterminer; il ne paraît cependant pas avoir changé; les espaces intercostaux sont moins nettement dessinés. Le long du sternum et des carotides on entend les mêmes bruits de souffle; à chaque systole les carotides se soulèvent et communiquent ce mouvement aux veines jugulaires externes, qui deviennent proéminentes à chaque pulsation; mais en les rejetant avec le doigt un peu au dehors, on voit que ce n'est qu'un mouvement communiqué, car il cesse complétement, ce qui n'existerait pas si ce mouvement était dû à une impulsion du sang contenu dans leur cavité. L'auscultation et la percussion de la poitrine n'ont pas notablement changé depuis le 20 juillet.

Limonade vineuse, julep gommeux avec extrait de quinquina, 4 grammes; large vésicatoire à la région précordiale.

Cet état persiste sans amélioration ni changement notable, et le malade meurt le 31 juillet sans avoir présenté d'autres phénomènes.

Autopsie le 2 août (voir pl. 4).

Le cadavre est dans un état de putréfaction peu avancée. L'œdème des membres inférieurs est aussi marqué que pendant la vie ; les veines de la face, du cou et des membres supérieurs sont beaucoup moins distendues.

L'ouverture du crâne montre les sinus cérébraux médiocrement gorgés de sang; l'incision de la dure-mère laisse écouler une quantité notable de sérosité louche; la pie-mère n'est pas très-injectée; les gros troncs veineux seuls sont un peu congestionnés; les membranes s'enlèvent facilement sans entraîner avec elles de substance cérébrale; celle-ci paraît lavée et un peu molle à sa surface; à la coupe elle présente sa consistance normale. Le cerveau, examiné avec soin, nous a paru sain ; le piqueté, la consistance, la quantité de sérosité épanchée dans les ventricules, ne nous ont rien présenté d'anormal, et nous n'avons trouvé, malgré le soin que nous avons mis à cette recherche, aucune trace d'ancien foyer hémorrhagique.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une quantité médiocre de sérosité citrine. L'ouverture du thorax montre le sternum et les côtes parfaitement sains, sans aucune usure ni altération, sans même aucune adhérence anormale avec les organes contenus dans la cage thoracique; le poumon droit seul était très-adhérent à sa partie inférieure et postérieure. A l'ouverture du thorax, nous apercevons le poumon droit occupant sa place normale et le poumon gauche refoulé en haut et en arrière, ne descendant que jusqu'à la troisième côte en avant, un peu plus bas seulement en arrière.

Le cœur occupe tout le côté gauche jusqu'un peu au delà de la ligne médiane ; il est très-volumineux et couché par son bord droit sur le diaphragme. Mesuré en place, il présente 21 centimètres dans son plus grand diamètre horizontal et 19 centimètres dans son diamètre vertical (je parle ici de toute la partie non recouverte par les poumons et contenue dans le péricarde). La pointe du cœur correspond au sixième espace intercostal, à 8 centimètres au-dessous et en dehors du mamelon. Le péricarde ouvert laisse écouler environ 100 à 150 gram. de sérosité citrine ; il n'est nulle part adhérent aux parois du cœur.

Le cœur se présentait alors dans l'état suivant : le bord droit est couché sur le diaphragme, ainsi que l'oreillette droite, qui apparaît distendue par des caillots ; au-dessus de l'oreillette, est une tumeur à parois denses analogues au tissu artériel et qui nous semblait d'abord pouvoir être l'aorte extrêmement dilatée. Cette tumeur, incisée verticalement avec des ciseaux après y avoir fait une simple ponction, contenait du sang réuni en un caillot noir, très-volumineux, peu dense et à peine décolorée à sa partie postérieure ; au centre de cette poche, nous retrouvons l'aorte complétement rompue par le milieu.

Nous allons maintenant, renonçant à l'ordre dans lequel nous avons procédé à l'examen de cette pièce, la décrire simplement dans ses diverses parties constituantes, espérant ainsi être plus clair et plus facilement compris.

Le cœur présente une forme assez régulièrement arrondie; il est très-notablement augmenté de volume, et mesure 13 centimètres de largeur au niveau du sillon auriculo-ventriculaire et 12 centimètres de ce sillon à la pointe du cœur. Le ventricule droit paraît légèrement augmenté dans ses dimensions; il mesure 7 centimètres de hauteur de l'orifice auriculo-ventriculaire à sa pointe. L'infundibulum est un peu allongé; la distance qui sépare les valvules sigmoïdes de la valvule tricuspide est de 4 centimètres. Les valvules sigmoïdes et la valvule tricuspide sont saines et suffisantes; la paroi antérieure du ventricule présente une épaisseur maximum de 1 centimètre. Ce ventricule ne renfermait que peu de sang coagulé.

Le ventricule gauche est dilaté; il renferme un énorme caillot gelée de groseille peu consistant. Sa paroi présente une épaisseur maximum de 2 centimètres; sa hauteur, mesurée de l'origine de l'aorte à sa pointe, est de 10 centimètres. La valvule mitrale paraît saine.

L'oreillette gauche est un peu distendue par du sang semi-liquide et noir; ses parois ne paraissent pas très-notablement hypertrophiées. L'oreillette droite est distendue, comme nous l'avons dit, par des caillots noirs qui se prolongent dans les veines caves supérieure et inférieure, le caillot de la veine cave supérieure se prolongeant très-haut dans la veine jugulaire.

La poche anévrysmale dont nous avons parlé commence au niveau même de l'origine de l'orte; elle mesure 17 centimètres dans sa plus grande largeur et 13 centimètres dans sa plus grande hauteur. Cette poche, qui paraît formée par la tunique cellulense de l'aorte, épaissie et condensée au point de simuler une tunique artérielle, représente un énorme cylindre rétréci à ses extrémités, analogue à une aorte dilatée et affectant les mêmes rapports que cette artère avec les oreillettes, l'infundibulum et l'artère pulmonaire. Son tissu est presque lisse en dehors, appuyé en arrière sur les oreillettes et l'artère pulmonaire, dont on ne pourrait la séparer que par la dissection; elle est renfermée dans le péricarde dans une hauteur de 8 centimètres en avant. Plus haut, elle reçoit les prolongements fibro-celluleux que le péricarde envoie normalement à la crosse de l'aorte; elle s'étend de ce côté jusqu'à l'extrémité de la crosse de l'aorte, c'est-à-dire au niveau de la bronche gauche. En l'ouvrant, on reconnaît qu'elle naît de l'origine même de l'aorte et qu'elle n'adhère à ce vaisseau autrement qu'à son origine en arrière et à la partie postérieure du point de la crosse, d'où partent le tronc brachio-céphalique et les artères carotide et sous clavière gauches;

elle envoie en avant un premier prolongement en forme d'infundibulum à la partie antérieure du tronc innominé, puis un second à l'artère carotide primitive et forme un anévrysme disséquant qui se prolonge jusqu'à l'aorte carotide interne, dans laquelle il pénètre; elle passe au devant de la sous-clavière gauche, puis adhère à la fin de la crosse dans sa moitié postérieure et communique avec elle par sa moitié antérieure, terminaison que nous décrirons plus tard. La face interne de ce sac anévrysmal est mamelonnée, inégale, et présente en plusieurs points des plaques jaune clair, plus ou moins ossifiées, qui sont recouvertes par une sorte de membrane séreuse analogue à la membrane interne des artères.

Dans l'intérieur du sac, on voit l'origine de l'aorte naissant du ventricule gauche; cette partie de l'aorte est réduite à ses membranes interne et moyenne, qui semblent nettement coupées en travers par une coupe transversale obliquement dirigée d'avant en arrière et de haut en bas, en sorte que cette portion de l'aorte présente 3 centimètres en avant et 2 et demi seulement en arrière. Ce tube, au dedans duquel on voit les trois valvules sigmoïdes épaissies et presque suffisantes, est libre en avant dans toute son étendue, et adhère seulement au sac par sa partie postérieure dans une étendue de 2 centimètres carrés environ. En ce point, le tissu de l'aorte est confondu avec celui du sac et adhérent aux parties subjacentes.

La surface de section est unie, mais la membrane interne avance un peu sur la membrane moyenne de l'artère un peu rétractée; au niveau de la portion adhérente, les bords de la solution de continuité sont plus minces et un peu déchiquetés; les parois de l'aorte sont souples, résistantes, et ne semblent avoir subi aucune altération.

Séparée par une distance de 5 centimètres de cette partie de l'aorte, on trouve dans la partie supérieure du sac la continuation de l'aorte. Cette partie est constituée par la portion de la crosse de l'aorte qui émet les artères brachio-céphalique, carotide et sous-clavière gauches; d'un côté, elle se termine en se continuant avec l'aorte thoracique, en dehors du sac; de l'autre, elle présente dans le sac un tube libre de toute adhérence, long de 4 centimètres à partir de l'origine du tronc brachio-céphalique. Cette portion de l'aorte est réduite, comme celle dont nous avons parlé, à ses membranes interne et moyenne; sa coupe présente de même que l'autre une légère inégalité, la tunique moyenne étant moins saillante que la tunique interne qui, cette fois, se termine par une coupe moins nette et en se renversant en dehors sur la tunique moyenne. De cette portion d'aorte, descend une lanière à bords coupés à pic, large d'un demi-centimètre, longue de 4 centimètres et demi, formée par la tunique interne et moyenne

de l'aorte, qui se réunit, par une extrémité effilée et adhérente, à la paroi du sac anévrysmal, à la surface de section de l'origine de l'aorte que nous avons dite adhérente aux parois du sac. Cette portion de la crosse aortique est privée de sa membrane externe, excepté au sommet de sa convexité, et est réduite à ses membranes moyenne et interne, qui, du reste, paraissent parfaitement saines.

On peut constater facilement, au moyen d'une sonde de femme, que les artères carotide et sous-clavière gauche, ainsi que le tronc brachio-céphalique, naissent de cette portion et sont parfaitement perméables.

Le sac anévrysmal s'ouvre, avons-nous dit, dans l'aorte thoracique à sa portion supérieure.

Au point où l'aorte croise la bronche gauche, le sac anévrysmal n'existe plus qu'en avant, et se termine par une ouverture elliptique de 6 centimètres de circonférence, qui fait communiquer l'anévrysme avec l'aorte. Les bords de cette ouverture sont formés, d'un côté, par la tunique moyenne amincie de la crosse de l'aorte ; de l'autre , par la membrane épaisse du sac anévrysmal, qui tranche, par sa couleur rougeâtre et son aspect mamelonné, sur la surface jaune et unie de la membrane interne de l'aorte, dont les membranes moyenne et interne sont terminées brusquement comme par une section. En sorte qu'à ce niveau, en regardant par l'aorte thoracique, on voit déboucher dans cette portion deux canaux séparés par un simple diaphragme, l'un étant constitué par la portion de l'aorte que nous avons décrite; l'autre, par l'ouverture supérieure de sac anévrysmal. Il semble que l'ondée du sang n'ayant pas pu décoller à ce niveau la tunique celluleuse de la tunique moyenne de l'aorte, celle-ci, peu à peu amincie, se soit ensuite rompue en ce point. En effet, la portion de l'ouverture formée par la paroi antérieure de la crosse aortique est très-amincie et paraît être le résultat d'une déchirure.

A ce niveau, l'aorte présente 7 centimètres de diamètre; à quelques lignes plus bas, on voit, à sa face interne, des plaques jaunes, crétacées, faisant saillie sous sa membrane interne; ces plaques, peu nombreuses en ce point, deviennent très-fréquentes à la fin de l'aorte abdominale, et surtout dans l'iliaque primitive droite; en ces points les tuniques artérielles sont d'une excessive friabilité.

Revenons maintenant au prolongement que l'anévrysme disséquant forme le long de la carotide primitive gauche. Cette artère a parfaitement conservé son calibre ; seulement, dans sa moitié externe, elle est dénudée de sa tunique externe dans toute sa longueur. L'anévrysme disséquant a dilaté cette tunique au point d'avoir un calibre un peu supérieur à l'artère elle-même. Ses parois sont formées par la tunique moyenne de l'artère en dedans, et en dehors par la tunique externe de l'artère épaissie et convertie en un tissu fibro-élastique; il se pro-

longe le long de la carotide interne; mais au moment où cette artère va pénétrer dans son canal osseux, la paroi interne de l'anévrysme, formée par les tuniques interne et moyenne de cette artère, s'amincit, et bientôt n'est plus constituée que par la tunique interne de l'artère, tunique mince et transparente, qui présente deux ouvertures, dont la supérieure, plus considérable, laisse rentrer le sang dans l'artère saine à partir de ce point.

Les poumons sont crépitants, sans trace de tubercules; ils laissent écouler, à la coupe, une sérosité spumeuse un peu sanguinolente à la base des lobes inférieurs; la muqueuse de la trachée et des bronches est seulement recouverte de mucus un peu visqueux; le larynx est sain.

Le foie présente un volume normal; sa coupe montre les veines hépatiques gorgées d'un sang noir et liquide; son tissu, assez ferme, présente une couleur rouge lie de vin, avec un pointillé fin et jaune clair, et représente exactement l'altération connue sous le nom de cirrhose des maladies du cœur.

La vésicule biliaire contient 50 grammes environ d'une bile épaisse, de couleur jaune sombre.

La rate est peu volumineuse et assez ferme.

Les reins sont sains, seulement un peu congestionnés.

La vessie est revenue sur elle-même; sa muqueuse épaissie est congestionnée et très-vascularisée.

Les vésicules séminales sont volumineuses, et forment une saillie très-sensible à travers les parois de la vessie.

L'estomac est d'un volume normal; sa muqueuse, un peu épaissie, forme des plis très-saillants, et est le siége d'une arborisation fine, avec un pointillé violacé, comme ecchymotique, tellement abondant qu'il donne à la muqueuse une couleur générale lie de vin.

L'intestin grêle et le gros intestin présentent le même aspect que l'estomac lui-même.

Cette observation (publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique,* septembre 1853, et suivie d'un rapport par M. le Dr Leudet) nous montre un anévrysme disséquant entourant toute l'aorte et comprimant dans les derniers jours de la vie la veine cave supérieure; là le diagnostic ne pouvait être douteux, car l'œdème était général, et les veines de la partie supérieure du corps, énormément dilatées dans les derniers jours, indiquent bien comment se présentent les phénomènes dans les cas de compression lente et gra-

duelle ; le mouvement pulsatile imprimé à la jugulaire externe droite aurait seul pu induire en erreur, mais nous avons vu que ce mouvement n'était que communiqué, et d'ailleurs la compression en un point montrait la veine s'affaissant entre le point comprimé et le cœur, tandis qu'elle eût rendu évidente chaque pulsation si elle eût été le résultat de l'arrivée d'un jet de sang artériel, comme cela arrive dans l'anévrysme artérioso-veineux.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Le diagnostic une fois posé, le médecin doit nécessairement porter un pronostic très-grave, car si la science possède maintenant un certain nombre d'exemples de guérison spontanée d'anévrysmes de l'aorte (Destouches, thèse inaugurale; Paris, 1852), il n'est pas présumable qu'une fois ouvert dans la veine cave supérieure cet anévrysme soit susceptible de guérison. La mort cependant peut être plus ou moins tardive, et la vie se prolonger quinze jours (obs. 2), un (obs. 1 et 4) et même deux mois (obs. 3).

Il est évident que dans une semblable affection le traitement ne peut être que palliatif. Les purgatifs, les diurétiques, ont paru avoir peu d'action sur cet œdème circonscrit et dû à une cause toute mécanique.

Les saignées seules ont paru produire un léger soulagement, lorsqu'on a pu les pratiquer soit au bras, soit aux veines frontales; ce moyen semble alors agir en diminuant la réplétion du système veineux de la moitié supérieure du tronc, bien plutôt que comme antiphlogistique, car nous avons vu que chez notre malade la saignée du pied n'a amené qu'une très-minime amélioration. Malheureusement ce moyen est quelquefois inapplicable à cause de l'œdème excessif des membres supérieurs; de plus, comme l'a signalé M. Martin-Solon dans l'observation que nous avons citée, l'écoulement du sang est difficile à arrêter, à cause de l'obstacle apporté à la circulation

veineuse, et la cicatrisation de la peau œdématiée est lente et quelquefois accompagnée de suppuration. Peut-être alors pourrait-on revenir avec avantage à la saignée pratiquée sur les veines ranines, qui sont toujours apparentes et ne risquent pas de causer une hémorrhagie assez considérable pour entraîner quelque danger.

EXPLICATION DES PLANCHES.

Observation I. — Planches I, II, III.

Planche I. Rapports de la tumeur anévrysmale avec les vaisseaux voisins, avant l'ouverture de la pièce. Vue antérieure; réduction d'un tiers.

Planche II. Ventricule gauche; aorte et poche anévrysmale vues de la partie antérieure et latérale gauche. Grandeur naturelle.

Planche III. Ouverture de la tumeur anévrysmale dans la veine cave supérieure, et saillie de la tumeur anévrysmale dans l'oreillette droite; vue de la partie postérieure et latérale droite. Grandeur naturelle.

Ces dessins ont été faits d'après nature par l'artiste distingué qui a bien voulu se charger de les reproduire ici.

Lettres pour les trois premières planches.

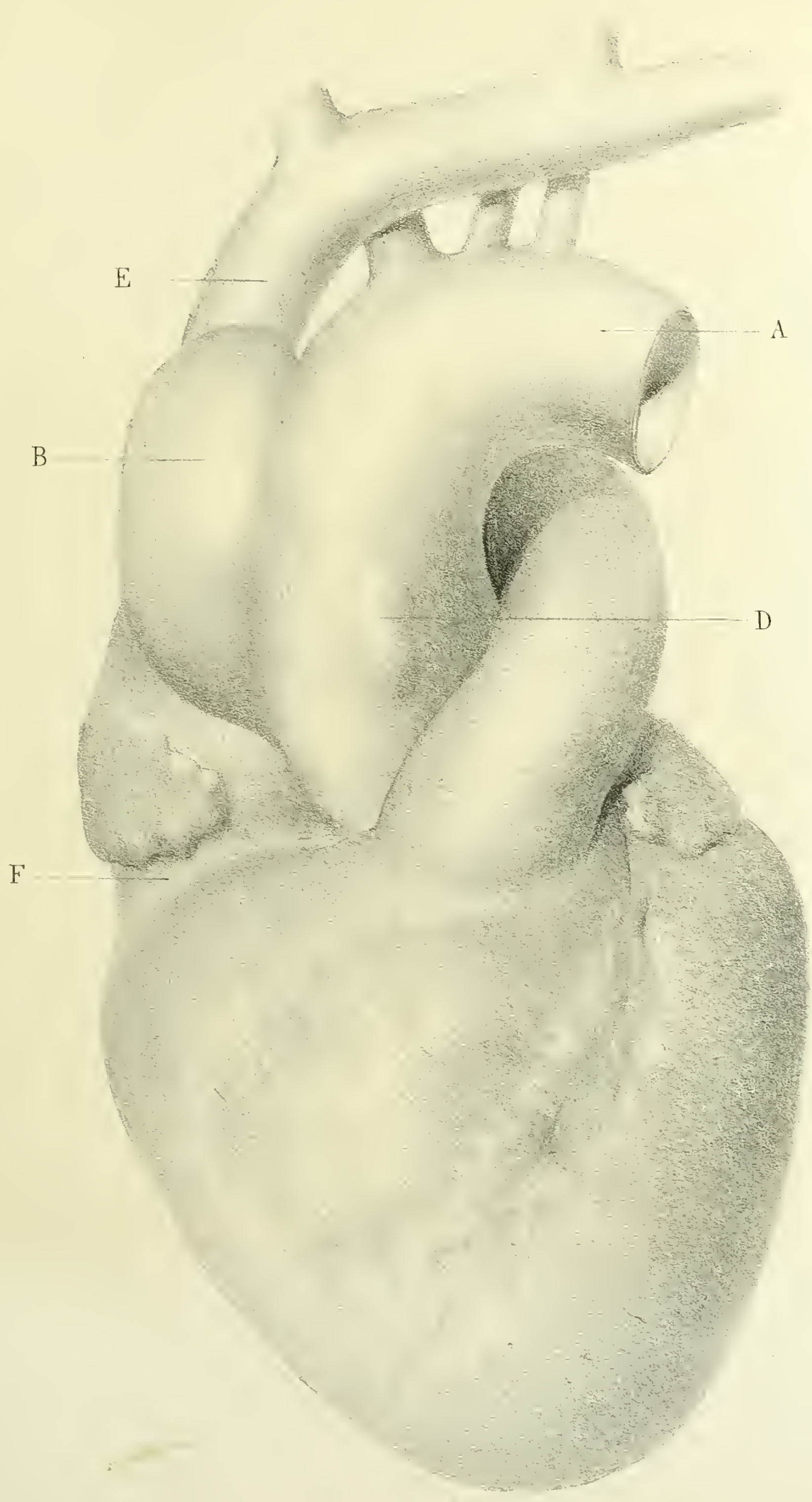
A. Aorte.
B. Anévrysme.
C. Ouverture dans la veine cave supérieure.
D. Petite tumeur anévrysmale.
E. Veine cave supérieure.
F. Oreillette droite.
G. Ventricule gauche.
H. Petites ulcérations superficielles.
I. Veine cave inférieure.
L. Veine azygos.

Observation X. — Planche IV.

Réduction d'un tiers.

Figure I.

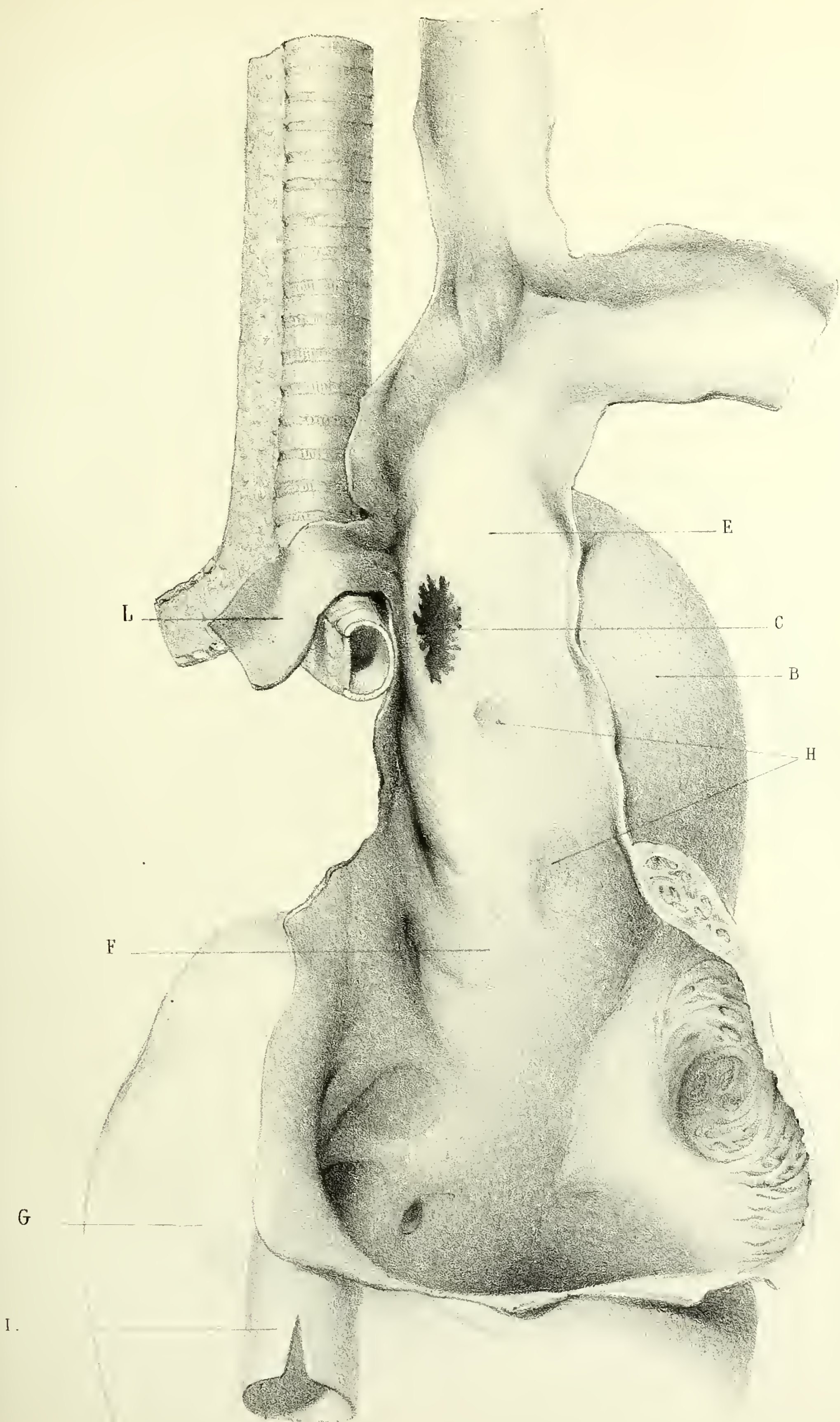
A. Aorte à son origine.
A'. Aorte, continuation du vaisseau.
B. Poche anévrysmale présentant quelques plaques jaune clair, ossifiées.

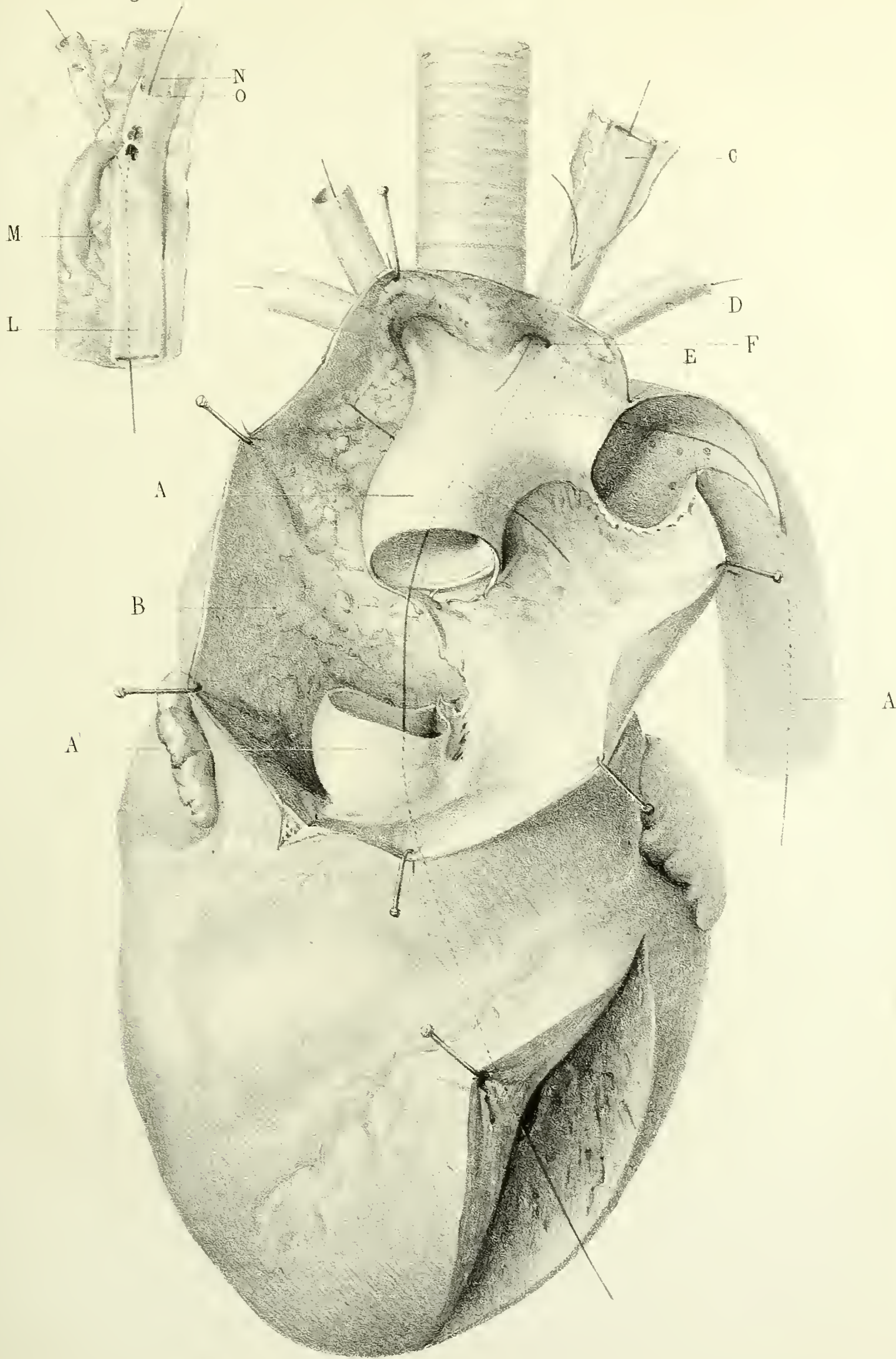


F. Bion del. Imp. Lemercier, Paris



E. Bion, lith. *Imp. Lemercier, Paris.*


E
L
C
B
H
F
G
I.



F Bion lith. Imp. Lemercier, Paris. Léveillé pinx.

C. Artère carotide primitive gauche, présentant à sa partie antérieure un anévrysme disséquant, ouvert par une incision longitudinale.

D. Artère sous-clavière.

E. Ouverture de communication de l'anévrysme et de la partie descendante de l'aorte; détachée à sa partie supérieure.

F. Prolongation de l'anévrysme disséquant le long de la carotide primitive.

Figure II.

Suite de l'anévrysme disséquant, se prolongeant le long de l'artère carotide primitive gauche.

L. Artère carotide réduite aux membranes interne et moyenne.

M. Poche anévrysmale.

N. Artère carotide interne.

O. Solution de continuité de la membrane interne de l'artère, permettant la rentrée du sang de l'anévrysme dans l'artère.



QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du centre de gravité, considéré dans un système de corps mobiles les uns par rapport aux autres; applications au corps de l'homme.

Chimie. — Des caractères distinctifs du plomb.

Pharmacie. — Des vins que l'on emploie à la préparation des vins médicinaux. Comment peut-on reconnaître la pureté de ces vins? Quel avantage peut trouver le praticien à employer des substances médicamenteuses sous forme de vin?

Histoire naturelle. — De la structure des feuilles; cette structure est-elle en rapport avec leurs fonctions?

Anatomie. — Du trajet des fibres constituant les pyramides antérieures du bulbe rachidien, depuis leur entre-croisement dans ce bulbe jusqu'à leur terminaison dans le cerveau.

Physiologie. — Des mouvements du cerveau et de la moelle épinière.

Pathologie interne. — Des rapports de certaines lésions dites or-

ganiques du cœur avec des inflammations antérieures des divers tissus constituants de cet organe.

Pathologie externe. — De l'ostéite.

Pathologie générale. — De l'étiologie des hydropisies.

Anatomie pathologique. — Du canal de l'urèthre et plus particulièrement des retrécissements de ce canal.

Accouchements. — Du renversement de l'utérus.

Thérapeutique. — De l'action thérapeutique des substances balsamiques.

Médecine opératoire. — Des caractères communs et différentiels des plaies.

Médecine légale. — Marche à suivre pour déterminer, apprécier l'état mental d'un individu.

Hygiène. — Du choix d'une nourrice.

Vu, bon à imprimer.

GRISOLLE, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

CAYX.